

Tuberculose laríngea em paciente hídiga - um relato de caso

Laryngeal tuberculosis in a hydatid patient - a case report

Tuberculosis laríngea em paciente hídrico - un informe de caso

DOI:10.34119/bjhrv8n1-178

Submitted: Dec 10th, 2024

Approved: Dec 31st, 2024

Fernando Merlos

Mestrando em Ciências da Saúde

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Endereço: Joinville, Santa Catarina, Brasil

E-mail: drfmerlos@gmail.com

Priscila Gabriella Carraro Merlos

Mestranda em Ciências da Saúde

Instituição: Pontifícia Universidade Católica do Paraná

Endereço: Joinville, Santa Catarina, Brasil

E-mail: pricararo@hotmail.com

Gabriela Rossetto de Oliveira

Graduanda em Medicina

Instituição: Estácio IDOMED Jaraguá do Sul

Endereço: Joinville, Santa Catarina, Brasil

E-mail: gabi.rossetto.oliveira@gmail.com

RESUMO

Objetivo: Relatar caso de paciente hídiga com Tuberculose laríngea primária erroneamente diagnosticada. **Método:** Estudo descritivo, tipo relato de caso através da coleta de informações contidas em prontuário do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, localizado no município de Joinville – Santa Catarina. Para a revisão bibliográfica, foi realizada uma pesquisa envolvendo a análise de artigos digitais disponíveis em plataformas de bases de dados como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed e Google Acadêmico. **Resultado:** Relata-se o caso de uma paciente de 30 anos com quadro de disfonia intensa, associado à dor na garganta, odinofagia e tosse secretiva. Ao exame físico Laringoscópio notável a presença de leucoplasia em cordas vocais. Durante o episódio, foi erroneamente diagnosticada como Infecção Fúngica por *Candida albicans* e posteriormente como Doença de Refluxo Gastroesofágico. Após sete meses sem significativas melhoras a repetição da Laringoscopia mostrou-se sugestivo de doença granulomatosa, cultura positiva para *Micobactéria* e PCR com identificação do complexo *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando o diagnóstico de Tuberculose Laríngea. **Discussão:** Tuberculose Laríngea raramente é apontada como diagnóstico pela sintomatologia descaracterizada apresentada, com a mudança do padrão clínico ao longo dos anos frequentemente é confundida com outras patologias laríngeas. **Conclusão:** Deve-se enquadrar os novos aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da tuberculose laríngea e alertar para considerar esta doença como uma hipótese diagnóstica em casos de manifestações clínicas.

Palavras-chave: tuberculose, tuberculose laríngea, diagnóstico diferencial, refluxo gastroesofágico, rouquidão.

ABSTRACT

Objective: To report a case of a healthy patient with primary laryngeal tuberculosis erroneously diagnosed. **Method:** Descriptive study, case report type, through the collection of information from the medical records at the Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, located in Joinville – Santa Catarina. For the literature review, a search was conducted involving the analysis of digital articles available on database platforms such as Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed, and Google Scholar. **Results:** The case of a 30-year-old patient with intense dysphonia, associated with throat pain, odynophagia, and secretory cough, is reported. Physical examination with laryngoscopy revealed the presence of leukoplakia on the vocal cords. During the episode, the patient was erroneously diagnosed with *Candida albicans* fungal infection and later with Gastroesophageal Reflux Disease. After seven months with no significant improvement, a repeat laryngoscopy suggested granulomatous disease, culture positive for *Mycobacteria*, and PCR identified the *Mycobacterium tuberculosis* complex, confirming the diagnosis of Laryngeal Tuberculosis. **Discussion:** Laryngeal tuberculosis is rarely considered in the differential diagnosis due to its atypical symptomatology, and changes in clinical patterns over the years often lead to confusion with other laryngeal pathologies. **Conclusion:** New clinical, diagnostic, and therapeutic aspects of laryngeal tuberculosis should be considered, and it is important to keep this disease in mind as a diagnostic hypothesis in cases of clinical manifestations..

Keywords: tuberculosis, laryngeal tuberculosis, differential diagnosis, gastroesophageal reflux, hoarseness.

RESUMEN

Objetivo: Relatar el caso de un paciente sano con tuberculosis laríngea primaria mal diagnosticada. **Método:** Se realizó el relato descriptivo de un caso, por medio de la colecta de informaciones de la historia clínica del Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, localizado en Joinville - Santa Catarina. La revisión bibliográfica incluyó el análisis de artículos digitales disponibles en plataformas de bases de datos como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed y Google Scholar. **Resultados:** Reportamos el caso de una paciente de 30 años con disfonía severa asociada a dolor de garganta, odinofagia y tos secretora. La exploración física laringoscópica reveló la presencia de leucoplasia en las cuerdas vocales. Durante el episodio fue diagnosticada erróneamente de infección fúngica por *Candida albicans* y posteriormente de enfermedad por reflujo gastroesofágico. Tras siete meses sin mejoría significativa, una nueva laringoscopia mostró signos de enfermedad granulomatosa, cultivo positivo para *Mycobacterium* y PCR con identificación del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, confirmando el diagnóstico de tuberculosis laríngea. **Discusión:** La tuberculosis laríngea es raramente identificada como diagnóstico debido a la sintomatología poco característica que presenta, y como el patrón clínico ha cambiado a lo largo de los años, a menudo se confunde con otras patologías laríngeas. **Conclusión:** Deben analizarse los nuevos aspectos clínicos, diagnósticos y terapéuticos de la tuberculosis laríngea y advertirse de la necesidad de considerar esta enfermedad como hipótesis diagnóstica en casos de manifestaciones clínicas.

Palabras clave: tuberculosis, tuberculosis laríngea, diagnóstico diferencial, reflujo gastroesofágico, ronquera.

1 INTRODUÇÃO

A Tuberculose, infecção contagiosa crônica arcaica da humanidade, é disseminada por espécies bacterianas do complexo *Mycobacterium tuberculosis* em via de transmissão aérea¹ anátomo-patologicamente reconhecida devido à necrose central caseosa e aos granulomas. O Ministério da Saúde do Brasil determina cerca de 50 milhões de infectados e 111.000 casos novos ao ano (DATASUS)². Rotineiramente é encontrada a Tuberculose pulmonar, no entanto há formas extrapulmonares atingindo demais órgãos, dentre elas a Tuberculose Laríngea (TL), objeto de estudo desse trabalho, com porcentagem inferior a 1% do total de casos de tuberculose³, a ocorrência, embora incomum, suscita desafios no diagnóstico e ao decorrer do tratamento.

O cenário presente raramente é apresentado como hipótese diagnóstica por profissionais da área, o paradigma ocorre devido ao avanço da doença e as atipicidades entre sinais e sintomas clínicos, especialmente decorrente ao emprego excessivo de antibióticos e corticosteróides^{4,5,6}. Atualmente a manifestação clínica mais frequente é a rouquidão e a região anatômica frequentemente afetada é de pregas vocais verdadeiras, (50 a 70%)⁷.

A relevância dessa abordagem é ratificada pelo fato de raramente ser abordada a Tuberculose Laríngea na literatura média⁸. Embora a permanência como significativa questão de saúde pública em geral raramente é considerada por otorrinolaringologistas⁹. Este relato de caso descreve tuberculose laríngea primária em paciente hígida, erroneamente diagnosticada com Candidíase e Refluxo Gastroesofágico.

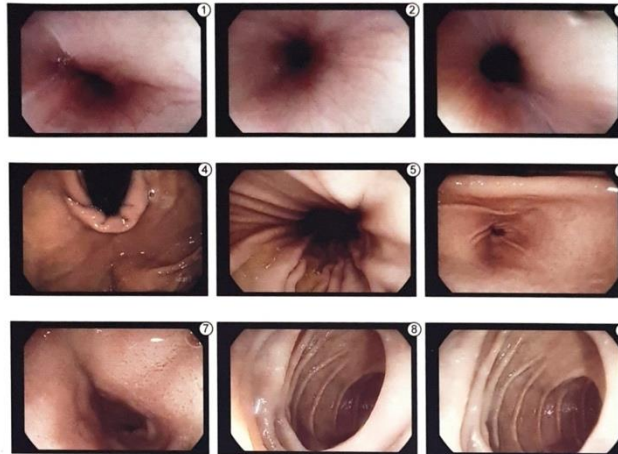
2 MATERIAIS E MÉTODOS

O presente estudo consiste em um relato de caso cuja pesquisa bibliográfica se fundamentou dos descritores a seguir: Tuberculose, Tuberculose Laríngea, Rouquidão, diagnóstico diferencial. A pesquisa foi realizada através por análise de artigos digitais disponíveis em plataformas de bases de dados como Scientific Electronic Library Online (SCIELO), PubMed e Google Acadêmico, entre outras. As principais fontes de dados utilizadas foram selecionadas com base em sua pertinência à temática, sendo escolhidos os trabalhos mais relevantes para síntese e apresentação das informações. Foram excluídas as referências que não estavam alinhadas com os objetivos propostos neste contexto. Os dados paciente em estudo foram obtidos através da análise e coleta de informações contidas em prontuário do Hospital Regional Hans Dieter Schmidt, localizado no município de Joinville – Santa Catarina.

3 RELATO DE CASO

Feminina, 30 anos, casada, sem histórico de doenças prévias ou tratamentos anteriores. Refere que buscou atendimento com Otorrinolaringologista devido a disfonia e odinofagia, acompanhada de tosse com secreção espessa de coloração marrom. Após o início do tratamento com antibiótico, sem aparente melhora em 04 dias procura o Pronto Atendimento de Joinville e é realizada a substituição do antimicrobiano. Sem sinal de melhora há 1 mês alega consulta com o Otorrinolaringologista e ao exame físico de Laringoscopia observam-se manchas brancas nas cordas vocais e a hipótese diagnóstica de Infecção Fúngica por *Candida albicans*, o Antibiótico prescrito anteriormente foi mantido, com a recomendação de gargarejos de Nistatina, anti-inflamatório e Cetoconazol oral por 10 dias. Durante o tratamento relata episódios de dispneia paroxística noturna, dispneia a exercícios físicos de alta intensidade e sensação de pigarro. Retornou ao mesmo médico em três dias, ainda com alterações na voz, ao exame físico de Laringoscopia as manchas anteriormente vistas estavam piores, houve a continuidade do tratamento, foi solicitado um RX-Tórax, exames de sangue e orientou a realização de biópsia. Após 4 dias procura outro Otorrinolaringologista, e ao exame físico de Laringoscopia as manchas brancas localizadas nas cordas vocais haviam regredido e presente o processo inflamatório na laringe e a hipótese diagnóstica foi agressão pela Doença de Refluxo Gastroesofágico (DRGE) com a prescrição recomendada de Dexilant 30 mg por 30 dias. No retorno ao primeiro otorrinolaringologista, após 30 dias, o diagnóstico conclusivo por Infecção Fúngica foi realizado, descartada a necessidade de biópsia pela diminuição do processo inflamatório. Passados dois meses, manifestação clínica de rouquidão e tosse com secreção espessa de coloração marrom estava presente. Ao exame de Laringoscopia, observou-se que manchas brancas localizadas nas cordas vocais haviam ressurgido e iniciou-se, novamente a medicação antifúngica anterior com suspeita de Candidíase Laríngea. Relata o resultado positivo para Covid-19 no período.

Figura 1: Esofagite erosiva grau A (classificação de Los Angeles). Pangastrite enantematosa leve.



Fonte: elaborado pelos autores (2024)

Após a finalização do tratamento e um mês sem aparente melhora, persistentes os sintomas de dispneia paroxística noturna e secreção espessa foi prescrito cetoconazol com dexilant 60mg por 1 mês e a recomendação da consulta com um Gastroenterologista. O tratamento estabelecido não foi iniciado. Paciente procurou a Medicina de Família e Comunidade e o caso foi interpretado como DRGE repetidamente, a recomendação foi de suspensão do cetoconazol e manter o dexilant 30 mg por 2 meses, solicitação de Tomografia Computadorizada (TC) de pescoço e exames de sangue. A impressão da TC apresentava espessamento parietal dos brônquios lingulares com impactação mucoide, associados a nódulos peribroncovasculares calcificados, distorção arquitetural e redução volumétrica da línula, notando-se também discretas bronquiectasias cilíndricas, opacidades irregulares e pequenos nódulos calcificados no segmento superior do lobo inferior do pulmão esquerdo. Tais achados relacionados doença infecciosa granulomatosa. A voz manifestou inicialmente evidente progresso e posteriormente uma regressão mesmo com a medicação, sem excessos alimentares e vocais.

Foi solicitada Vidronasofibroscopia (SCOTT) após 07 meses de início dos sintomas com resultado de doença infiltrativo inflamatória e/ou infecciosa de pregas vocais. Com a sugestão de pesquisa de Tuberculose e outras doenças granulomatosas pulmonares e laríngeas, para a Infectologia.

Figura 2: Doença infiltrativa inflamatória e/ou infecciosa de pregas vocais, á esclarecer.



Fonte: elaborado pelos autores (2024)

Exames foram solicitados para a pesquisa de BAAR, com resultados negativos, cultura em geral e positivo para a cultura para Micobactérias. Enquanto os sintomas de odinofagia, tosse, fraqueza, dispneia, tosse com secreção de coloração amarela com discretos pontos de sangue vivo e emagrecimento agravavam-se. Foi requerida cultura com antibiograma, resultado negativo, videolaringoscopia (KARL STORZ) apresentava laringite crônica podendo estar associada a doença granulomatosa e a biópsia de subglote e prega vocal direita com a interpretação de bordas e fundo de lesão ulcerada em mucosa escamosa e presença de granuloma necrotizante, não caseoso e não sarcoide na amostra de prega vocal, ambas com negativo para pesquisa de fungos. O resultado positivo para a cultura de Micobactérias e com PCR identificado a presença do complexo *Mycobacterium tuberculosis*. Presente a bactéria, iniciou-se o tratamento contra Tuberculose: rifampicina, isoniazida e pirazinamida (RHZ).

Figura 3: Laringite crônica podendo estar associada a doença granulomatosa.



Fonte: elaborado pelos autores (2024)

A narrativa do caso, centrada na paciente, evidencia a apresentação de Tuberculose Laríngea, as manifestações clínicas e a dificuldade de diagnosticar a doença de forma extracelular, sem envolvimento pulmonar. A colaboração multidisciplinar, especialmente com infectologista, marcou-se como papel crucial na realização do diagnóstico preciso e tratamento efetivo.

4 DISCUSSÃO

A Tuberculose Laríngea, raramente encontrada, configura-se de duas formas: devido à afecção primária direta do bacilífero da tuberculose para a laringe por inalação de escarro contaminado ou por disseminação hematogênica e linfática advinda da infecção pulmonar, no momento presente. A TL apesar de ser uma entidade rara, com incidência menor que 1% das TP, tem grande importância no diagnóstico diferencial das laringites inespecíficas e carcinomas das pregas vocais³. Neste estudo, descreve-se um caso de acometimento por *Mycobacterium tuberculosis* sem a presença de lesão pulmonar.

O arquétipo anômalo encontrado entre as manifestações e progressões clínicas dificultam a precisão diagnóstica por profissionais da área. Tal descaracterização é também ocasionada decorrente ao emprego abundante de antibióticos e corticosteroides^{4,5,6}. Anteriormente associava-se a odinofagia com sintomas sistêmicos, febre, sudorese noturna, perda de peso, ulceração da laringe. Atualmente a manifestação clínica mais frequente é a disfonia e a região anatômica frequentemente afetada é de pregas vocais verdadeiras, (50 a 70%), seguida pela banda ventricular (40 a 50%) e as porcentagens residuais (10 a 15%) podem englobar epiglote, prega ariepiglótica, aritenóide, comissura posterior e subglote⁷. Os sintomas clínicos seguidos são: disfagia, odinofagia, tosse e hemoptise, perda de peso e estridor laríngeo. Nas últimas duas décadas, a incidência dos sintomas constitucionais tem variado devido à ocorrência de coinfeções imunossupressoras, bem como às melhorias nas condições de tratamento dos pacientes¹¹.

Dentre as lesões recorrentes no exame físico de laringoscopia indireta estão a presença de edemas, lesões hiperêmicas (particularmente da epiglote), granulações, vegetações e ulcerações superficiais. São confundidas com laringites crônicas inespecíficas, granulomas e tumores. casos com comprometimento pulmonar e sistêmico estabelecidos, as lesões laríngeas tendem a manifestam-se de forma evidente. a ser mais exuberantes¹². Lesões primárias da laringe sem envolvimento pulmonar podem estar presentes, e nesses casos, apresentam-se geralmente como lesões inespecíficas. Podem ser interpretadas erroneamente como laringites crônicas inespecíficas, granulomas ou tumores. No presente caso, a lesão o acometimento laríngeo foi uma leucoplasia inespecífica primária, sem prevalência na localização da anormalidade.

A avaliação clínica e tratamento demandam enfoque abrangente pelo risco de propagação da doença, tomando consequências no domínio da saúde pública. Dentre a obrigatoriedade para fundamentar o diagnóstico está o exame objetivo da laringe, laringoscopia

direta, associada ao estudo anatomopatológico da lesão, com a identificação de granuloma caseoso em amostra de biópsia. Testes microbiológicos de cultura para micobactéria *M. Tuberculosis* são realizados. O protocolo de associação de métodos biológicos com o PCR multiplex direcionado a IS6110 e MPB64 é sugerido pela potência, precisão e agilidade do diagnóstico da Tuberculose extrapulmonar⁹. A videolaringoscopia, pode manifestar-se sob inúmeras configurações anátomo clínicas sem evidência de uma apresentação convencional de acometimento. Em diagnósticos diferenciais é complexa a distinção exclusivamente por exame laringoscópio, outras doenças granulomatosas da laringe e os carcinomas com lesões úlcero infiltrativas ou vegetantes podem ser facilmente confundidos. Os Carcinomas e TB Laríngea podem coexistir ascendendo a relevância da completude da biópsia em suspeitas.

O tratamento deve ser iniciado com a confirmação do diagnóstico, frequentemente há alívio total dos sintomas e remissão completa da lesão laríngea. A medicação antituberculosa é semelhante nas formas pulmonar e extrapulmonar, a divergência consiste no tempo de tratamento, para a TBL a duração mínima é de seis meses e inicialmente conjugação de isoniazida (5mg/kg), rifampicina (10mg/kg), pirazinamida (25 mg/kg) e etambutol (15mg/kg) diariamente, durante dois meses. Permanece a mesma dose para as formas da rifampicina e a isoniazida nos meses subsequentes. A fim de minimizar o efeito da isoniazida pelo risco de neuropatia periférica a suplementação com vitamina B6 (25mg/dia) é efetivada. O conjunto sintomas é o primeiro a evoluir positivamente em resposta ao tratamento, principalmente dor e odinofagia, enquanto a disфонia é mimetizada simultaneamente as lesões glóticas⁵. A resposta ao tratamento deve ser significativa dentro em um período de 2 meses nos casos de pacientes com lesões ulceradas ou granulomatosas, enquanto para as lesões fibróticas pode ser necessária uma duração mais prolongada, conforme evidenciado pela literatura¹². Na eventualidade de persistência dos sintomas, torna-se necessário realizar uma investigação aprofundada para a exclusão da possibilidade de outros diagnósticos.

A importância do relato de caso é validada por raramente ser abordada a Tuberculose Laríngea na literatura média⁸. A elevada complexidade da suspeita representa um desafio diagnóstico, uma vez que as lesões, devido à natureza facilmente confundível, apresentam características inespecíficas e variadas, simulando outras condições laríngeas e a descaracterização clínica entre os novos padrões sintomatológicos. A apresentação sintomatológica pela paciente hígida do caso de TL contribui para um diagnóstico e tratamento mais preciso.

5 CONCLUSÃO

Através da apresentação do caso e a mudança da sintomatologia desta patologia, deve-se enquadrar os novos aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos da tuberculose laríngea e alertar para considerar esta doença como uma hipótese diagnóstica em casos de manifestações clínicas otorrinolaringológicas, buscando a identificação precoce. Em regiões endêmicas de tuberculose qualquer paciente com rouquidão, tuberculose deve ser considerado no diagnóstico diferencial¹³. O manejo adequado da TL é fundamentado na suspeita clínica, no diagnóstico precoce e início imediato do tratamento.

REFERÊNCIAS

1. PINA, J. A Tuberculose na Viragem do Milénio. 2ed. Lisboa: **Editora Lidel**, 2000; 10-11.
2. DATASUS.Disponível em <http://w3.datasus.gov.br/datasus/datasus.php>.
3. EGELI, Erol *et al.* Epiglottic tuberculosis in a patient treated with steroids for Addison's disease. **Tohoku J Exp Med.** 2003;201:119–125
4. LING, Ling *et al.* Changing trends in the clinical features of laryngeal tuberculosis: a report of 19 cases. **Int. J. Infect. Dis.** 2010;14:e230–e235.
5. AYOUBI F, El *et al.* Primary tuberculosis of the larynx. **Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis.** 2014;131: 361–4.
6. Cruz, S *et al.* “Laryngeal tuberculosis: a diagnosis not to be overlooked.” *European annals of otorhinolaryngology, head and neck diseases* vol. 131,5 (2014): 325-6.
7. BAILEY, C. Martin *et al.* Tuberculous laryngitis: a series of 37 patients. **The Laryngoscope**, [S.L.], v. 91, n. 1, p. 93-100, jan. 1981.
8. EDIZER, Deniz Tuna *et al.* Primary Tuberculosis Involving Epiglottis: a rare case report. **Dysphagia**, [S.L.], v. 25, n. 3, p. 258-260, 26 set. 2009.
9. RAVEENDRAM, Renna; WATTAL, Chand. Utility of multiplex real-time PCR in the diagnosis of extrapulmonary tuberculosis. **Braz J Infect Dis.** 2016;20(3):235-241.
10. LINDELL, Mm *et al.* Laryngeal tuberculosis. **American Journal Of Roentgenology**, [S.L.], v. 129, n. 4, p. 677-680, 1 out. 1977.
11. NISHIIKE, Suetaka *et al.* Laryngeal Tuberculosis: a report of 15 cases. **Annals Of Otology, Rhinology & Laryngology**, [S.L.], v. 111, n. 10, p. 916-918, out. 2002.
12. PINTO, José Antônio *et al.* Tuberculose laríngea: revisão de cinco casos. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v.73 (2), 2007. Acessado em 12 de março 2024.
13. KIAKOJURI, Keyvan; ROUSHAN, Mohammad Reza Hasanjani. Laryngeal tuberculosis without pulmonary involvement. **Caspian J Intern Med.** 2012;3(1):397-399.