



<https://www.elsevier.es/semrgen>

242/2053 - DOCTORA, PIERDO LA VOZ

M. Rodríguez García^a, P. Navarro Gallardo^b, J. Martín Peñuela^c, G. Sánchez Fernández^d y T. Peñuela Ruiz^d

^aMédico de Familia. Centro de Salud Antequera-Estación. Málaga. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Antequera-Estación. Málaga. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mollina. Málaga. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Antequera-Estación. Málaga.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años que consulta por episodios recurrentes de afonía de varios meses. AP: no fumadora. Se deriva a ORL que aconseja tratamiento de logopedia por engrosamiento de cuerda vocal, siendo dada de alta. A los 6 meses consulta por afonía, sin fiebre ni odinofagia ni otra clínica destacable.

Exploración y pruebas complementarias: Faringe normal, adenopatía laterocervical izquierda, rodadera, no dolorosa, de 2 cm. Abdomen: sin megalías. ACP: normal. Rx tórax: normal. Se instaura tratamiento antibiótico y antiinflamatorio durante 2 semanas persistiendo adenopatía. Ecografía de cuello: adenopatías laterocervicales y supraclaviculares izquierdas. PAAF de adenopatía: hiperplasia linfoide. Se ingresa para estudio (analítica con serología, orina, TAC cuello y toracoabdominal) destacando: adenopatías en cadenas yugulares derechas e izquierdas desde ángulo mandibular a región infraclavicular. Adenopatía mediastínica de 2 cm. Urocultivo positivo para micobacterias (Zhiel-Nielsen).

Juicio clínico: Tuberculosis urinaria y linfática.

Diagnóstico diferencial: Adenopatías de origen infeccioso (mononucleosis, toxoplasmosis...), de causa inflamatoria (LES, sarcoidosis...), parotiditis, quiste de conducto tirogloso, quiste dermoide, tumores del área ORL y maxilofacial, de tiroides, linfomas, leucemias.

Comentario final: La tuberculosis (tbc) es una enfermedad que podemos encontrarnos en cualquier especialidad, siendo la atención primaria una pieza clave en la sospecha clínica. Debemos incluirla en los diagnósticos diferenciales, más aun conociendo su incremento en los últimos años, debido a la progresión de casos HIV y de la resistencia al tratamiento. La afectación ganglionar cervical es del 35-40%, más entre 20 y 40 años y 70% en mujeres. La tbc urinaria suele ser silente clínicamente; en nuestro caso clínico ha sido la clave del diagnóstico, supone el 8-10% de la tbc pulmonar. Es una afectación secundaria por bacteriemias de tbc pulmonar o ganglionar.

Bibliografía

1. Peralta-Fernández G. Tuberculosis de cabeza y cuello. Acta Otorrinolaringol Esp. 2009;6(1):50-66.
2. Ellner JJ, Goldman L, Schnafer A, eds. Tuberculosis Goldman's Cecil medicine, 25th ed. Philadelphia, PA: 2016: chap 324.

3. Vais S, Lee Y, Rawats P. Tbc of the head and neck a forgotten differential diagnosis. Clinical Radiology. 2010;65:73-81.

Palabras clave: Adenopatía. Tuberculosis urinaria. Tuberculosis ganglionar.