



Medicina de Familia. SEMERGEN



<http://www.elsevier.es/semergen>

424/2685 - REACTIVACIÓN TUBERCULOSIS EN PACIENTE TRATADO CON INMUNOMODULADORES

S. Cercas Lobo¹, C. Muñoz Pindado², I. Idígoras Sánchez¹ y C. Blázquez Canto¹

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Manlleu. Barcelona. ²Médico de Familia. Centro de Salud de Manlleu. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 52a, fumadora, con antecedentes de hipertensión, E. Crohn y tuberculosis miliar en 2017 (tratada con 2RHZE y 4RH), actualmente en tratamiento con enalapril y adalimumab. Consulta por aparición de tumoraciones bilaterales en base de cuello, de predominio derecho, rápidamente progresivas, sin otros síntomas.

Exploración y pruebas complementarias: BEG, NC y NH. Afebril. Se palpa aumento de la glándula tiroides y dos nódulos (uno derecho de mayor tamaño), levemente dolorosos, no móviles con la deglución. Analítica: TSH normal, Ac anti-TPO negativos. Rx tórax (comparativa con marzo'17 en contexto de tuberculosis miliar): resolución de la extensa afectación pulmonar bilateral con patrón reticular micronodulillar/miliar. Resolución del leve aumento mediastínico por probables adenopatías y del mínimo derrame pleural bilateral.

Orientación diagnóstica: Nódulo tiroideo en bocio de novo.

Diagnóstico diferencial: adenopatías no filiadas, reactivación tuberculosis, absceso paracervical, neoplasia.

Comentario final: Ante sospecha de etiología tiroidea, se realiza derivación preferente a Endocrinología, que sospecha diferente origen y solicita estudio TC-PAAF urgente. Se objetivan múltiples adenopatías necróticas vs supurativas con calcificaciones, a nivel yugular, mediastínico y paratraqueal derecho; bocio multinodular, parénquima pulmonar con múltiples nódulos subcentrímetros en campos superiores (remisión respecto 2017); se realiza punción de colección laterocervical derecha aspirándose material purulento compatible con ganglio necrótico post-tuberculosis sugestivo de tuberculosis vs sobreinfección. Estudio AP: no BAAR, PCR y Lowenstein positivos para M. tuberculosis complex. Reinicia seguimiento por Medicina Interna. Se realiza tratamiento con Rimstar y posteriormente Rinifah hasta completar 9 meses. En el proceso requiere desbridamiento de ganglios abscesificados y fistulizados de tórpida evolución, cuyo cultivo resultó M. tuberculosis positivo. Se concluye que, aunque la tuberculosis es una patología de manejo hospitalario, es relevante destacar el papel de atención primaria en la sospecha precoz de reactivación tuberculosa ante la utilización de tratamiento inmunomodulador, jugando un papel distractor la sospecha de bocio y retrasando el diagnóstico. También enfatizar la realización e interpretación del PPD en pacientes sin antecedentes de tuberculosis, para instaurar un tratamiento antituberculoso adecuado, ya sea profiláctico o terapéutico. En este caso, los antecedentes obligaban a completar estudio microbiológico y de resistencias y a realizar tratamiento antituberculoso antes del inicio de inmunomoduladores.

Bibliografía

1. Arch Bronconeumol. 2008;44(10):551-66.

Palabras clave: Tuberculosis. PPD. inmunomoduladores. Ganglios.