

## 424/1097 - TUBERCULOSIS GANGLIONAR

J. Chelea<sup>1</sup> y L. Melón Barrientos<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo. Salamanca.<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 56 años de edad, con los antecedentes personales de vértigo de Menière, gonartrosis bilateral e hipertrigliceridemia, sin alergias conocidas a medicamentos, que acudió a consulta por tumoración dolorosa en zona submandibular izquierda y febrícula, sugerente de adenopatía infecciosa cervical. No presentaba otros síntomas como astenia, ni pérdida de peso, ni anorexia, ni artralgias. No refirió viajes a zonas endémicas ni contacto con animales. No fumadora. No consume alcohol. No relaciones sexuales de riesgo. Medicación actual: fenofibrato y analgésicos ocasionales.

**Exploración y pruebas complementarias:** Paciente con buen estado general, normal coloración de piel y mucosas, exploración de cavidad orofaríngea y otoscopia normales, pulsos carotídeos simétricos, sin soplos, no lesiones en piel salvo eritema en zona submandibular izquierda, bajo el cual se palpa tumoración dolorosa, móvil, de consistencia firme, no adherida a planos profundos, de unos 2,5 cm de diámetro. Resto de exploración normal (descartada presencia de masas, megalias, ni adenopatías en otras localizaciones).

**Orientación diagnóstica:** Adenopatía de posible origen infeccioso.

**Diagnóstico diferencial:** El diagnóstico diferencial de las adenopatías, son básicas la anamnesis y la exploración física. Una anamnesis exhaustiva va encaminada a averiguar la etiología. La exploración física del tamaño, consistencia, adhesión a planos profundos y presencia o ausencia de dolor, así como de la localización de la/s adenopatías, es fundamental para sospechar el diagnóstico diferencial entre las patologías benignas o malignas. Si con estas actuaciones no se consigue especificar el origen de la adenopatía, pruebas complementarias como analítica, Mantoux, radiografía de tórax, ecografía y PAAF y/o biopsia, pueden ser concluyentes.

**Comentario final:** Se pauta tratamiento antibiótico, con amoxicilina-clavulánico 875/125 mg durante 8 días. Al cabo de este tiempo se reevalúa a la paciente y, aunque no refiere febrícula, persiste la adenopatía, levemente reducida de tamaño (unos 2 cm de diámetro). Se solicita analítica con VSG y serología de CMV, VEB, VHB, VBC, VIH y toxoplasma y se decide enviar para realización de PAAF en Anatomía Patológica, donde se realiza el diagnóstico de tuberculosis ganglionar. Se solicita Rx de tórax y se pauta tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol, remitiendo por completo la tumoración en unos meses. Se realiza estudio de contactos.

### Bibliografía

1. Ramírez-Lapausa M, Menéndez-Saldaña A, Noguerado-Asensio A. Tuberculosis extrapulmonar, una revisión. *Rev Esp Sanid Penit.* 2015;17:3-11.
2. Raluy JJ, Meleiro L. Adenopatías. *AMF.* 2011;7(4):218-22.

**Palabras clave:** Tuberculosis. Adenopatía. Infección.