



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

## 482/1471 - TUBERCULOSIS GANGLIONAR E INTESTINAL EN PACIENTE CON NEFROLITIASIS

C. Sánchez Perona<sup>1</sup>, M. Ros Gonzalo<sup>2</sup>, L. Pérez Riquelme<sup>3</sup> y M. Asensio Arenas<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. San Javier. Murcia. <sup>2</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor. San Javier. Murcia. <sup>3</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco Este. Torre-Pacheco. Murcia. <sup>4</sup>Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alcázares. Los Alcázares. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 24 años, natural de Marruecos, sin alergias ni tratamiento crónico. Nefrolitiasis tras cólico renoureteral con hidronefrosis derecha grado II, pendiente de litotricia. Acudió a consulta por tos seca en el último mes sin expectoración ni hemoptisis. En últimos tres meses anorexia con pérdida ponderal de 10-15 kg. No fiebre ni cambios en hábito intestinal.

**Exploración y pruebas complementarias:** Normotensa. Afebril. Saturación oxígeno 99%. Se palpó paquete adenopático laterocervical izquierdo. Sin otras adenopatías. Auscultación cardiopulmonar rítmica, sin soplos, murmullo vesicular conservado. Abdomen blando y depresible, no doloroso. Extremidades inferiores sin edemas. En analítica, anemia (hemoglobina 9 mg/dL, volumen corpuscular medio 78 e índice de saturación transferrina 8,8) y aumento reactantes fase aguda (proteína C reactiva 8 y velocidad de sedimentación 129). Mantoux 20 mm con ulceración central. Radiografía tórax sin cardiomegalia ni condensaciones. Tomografía axial computarizada (TC) tórax con contraste con tres adenopatías cervicales con centro necrótico y adenopatía paraaórtica. UroTC con múltiples adenopatías mesentéricas, cólicas y peripancreáticas, con engrosamiento parietal de todo el colon. Ecografía y punción cervical negativa para micobacterias. En colonoscopia granulomas necrotizantes, negativos para micobacterias. Exéresis ganglionar quirúrgica con estudio positivo para micobacterias.

**Orientación diagnóstica:** Se diagnosticó tuberculosis con adenitis cervical y afectación intestinal; y anemia mixta (ferropénica e inflamatoria), con mejoría tras tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol durante 2 meses. Se vigilaron posibles efectos medicamentosos, con seguimiento y posterior cambio de tratamiento a fase de mantenimiento.

**Diagnóstico diferencial:** Nocardiosis, granuloma micótico o parasitario, hiperplasia linfóide.

**Comentario final:** La tuberculosis es una infección por *Mycobacterium tuberculosis*. La clínica es variada y se engloba en afectación pulmonar o extrapulmonar. Disponemos de fármacos para evitar que infectados por tuberculosis latente no lleguen a presentar la enfermedad en algún momento. Por ello, es crucial su sospecha diagnóstica para tratarla en la menor brevedad.

### Bibliografía

1. Diagnóstico diferencial de tuberculosis en base a PCR en lesiones granulomatosas clasificadas histopatológicamente. Elsevier. 2015;48(3):145-53.
2. Tierney. Tuberculosis (TBC). Harvard Medical School: MSD. [Internet]. [Consultado 27 Sep 2020]. Disponible en: <https://www.msdmanuals.com/es-es/professional/enfermedades-infecciosas/micobacterias/tuberculosis-tbc>

**Palabras clave:** Tuberculosis. Adenopatía. Tos.