



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 452/161 - EN ATENCIÓN PRIMARIA, NO TODO SON ANGINAS

F. Angoso Berrocal<sup>1</sup>, B. Boscà Albert<sup>2</sup>, L. Val Gil<sup>3</sup>, L. Vilaso Núñez<sup>4</sup>, J. Sánchez Melús<sup>5</sup>, M. Lapuente Arruebo<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza,

<sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza, <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza, <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Universitat. Zaragoza, <sup>5</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Calatayud Norte. Zaragoza, <sup>6</sup>Médica Titular. Centro de Salud La Almunia de Doña Godina. Zaragoza.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 39 años, sin alergias ni antecedentes personales de interés. No fumadora. Acude al Centro de Salud por masa laterocervical de 3 meses de evolución. Inicialmente, impresiona de adenopatía aumentada por lo que se solicitan, desde Atención Primaria, tanto una ecografía, como una radiografía de tórax, Mantoux, serologías y marcadores tumorales. Tras los resultados obtenidos en dichas pruebas, se decide derivar a Urgencias para ampliar estudio, por lo que finalmente ingresa en Medicina Interna, donde se le pidió el IFN gamma, TX cervical con contraste, esputo y PAAF. A pesar de referir estar vacunada de tuberculosis en 1980, en Rumanía, dados los resultados tanto del Mantoux como de la radiografía, se decide iniciar tratamiento antituberculoso a la espera del resto de resultados. Una vez completado el estudio, se detectó *Mycobacterium abscessus* por lo que se decide retirar tratamiento antituberculoso e iniciar tratamiento con claritromicina + amikacina durante 6-12 meses, según las guías clínicas y en función a la sensibilidad observada en el antibiograma.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración realizada tanto en el Centro de Salud como a nivel hospitalario fue anodina, salvo la palpación de adenopatías laterocervicales a nivel occipital, no dolorosas, móviles, de unos 2 cm. Pruebas complementarias pedidas en Atención Primaria. Ecografía: adenopatías aumentadas de tamaño, 24 × 9,5 mm, parcialmente calcificadas. Serologías y marcadores tumorales: negativos. Mantoux: positivo, 11 mm. Radiografía torácica: nódulo sólido, parcialmente calcificado en vértice pulmonar derecho de unos 33 mm. Pruebas complementarias en el ingreso. IFN gamma-M. tuberculosis: positivo. Lo que cuadra, al estar vacunada, según refiere. TC cervical con contraste: nódulos en LSD bien definidos y calcificados que sugieren benignidad: granulomas. Estudio/cultivo de esputo: negativo, no bacilífera. PAAF de linfadenopatía: positiva para *Mycobacterium abscessus*.

**Juicio clínico:** Infección diseminada por *Mycobacterium abscessus*.

**Diagnóstico diferencial:** 1. Tuberculosis ganglionar. 2. Tuberculosis pulmonar. 3. Sarcoidosis. 4. Enfermedades micóticas (aspergilosis, coccidioidomicosis...). 5. Abscesos pulmonares no tuberculosos. 6. Carcinoma pulmonar metastatizado.

**Comentario final:** A pesar de que la tuberculosis es una de las enfermedades que debemos tener en cuenta ante casos como este, no podemos pasar por alto la existencia de micobacterias no tuberculosas de crecimiento rápido, sobre todo a día de hoy, ya que tienen una alta presencia en el ambiente y se está incrementado, de forma notable, el número de infecciones por este tipo de microorganismos. En este caso, *M. abscessus* es una micobacteria no cromágena que se relaciona con infecciones pulmonares crónicas, infecciones de heridas quirúrgicas, inmunodepresión, mesoterapia y hemodiálisis, entre otras. Es importante destacar la resistencia que presentan estas micobacterias, como *M. abscessus*, a los antituberculosos típicos, por lo que van a necesitar ser tratados con antibioticoterapia intensiva (dependiendo de la especie habrá unas resistencias u otras) durante largos periodos de tiempo, en función a la anatomía afectada. En este caso, al afectar tanto a pulmón como a nivel ganglionar, estaría indicado un tratamiento antibiótico durante 6-12 meses, y al ser *M. abscessus* estaría indicada la claritromicina + amikacina.

## **Bibliografía**

García-Martos P, García-Agudo L. Infecciones por micobacterias de crecimiento rápido. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2012;30(4):192-200.

**Palabras clave:** Linfadenopatía. *Mycobacterium abscessus*. Infecciones por micobacterias no tuberculosas.