



P-427 - ABSCESO TIROIDEO SUBAGUDO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS TIROIDEA PRIMARIA

Ponce Villar, Úrsula; Peiró Monzó, Fabián; Planells Roig, Manuel Vicente; Bañuls Matoses, Ángela; Krystek, Nicolás; Sánchez Aparisi, Eugenio; Carbó López, Juan; Caro Pérez, Federico

Hospital de Gandía y Centro de Especialidades Francisc de Borja, Gandía.

Resumen

Objetivos: La tuberculosis tiroidea es una patología extremadamente rara, incluso en países con alta prevalencia, estimándose su frecuencia entre un 0,1-0,4%. Presentamos un caso clínico y revisamos su manejo y tratamiento.

Caso clínico: Varón 19 años de origen peruano, refiere contacto de familiar con tuberculosis, presenta desde hace 5 días dolor cervical anterior, odinofagia y leve disfagia, sin fiebre. A la exploración, se palpa gran masa en línea media que asciende con la deglución, dolorosa y de consistencia dura. No se palpan adenopatías. Analítica: destaca T4 libre 0,93 ng/dL y TSH 10,64 μ U/mL, anticuerpos antitiroglobulina 10,5 U/L, anticuerpos antiperoxidasa tiroidea 10,7 U/mL. Radiografía tórax: posible infiltrado residual en lóbulo superior derecho. Prueba de la tuberculina (PPD): anérgico. Ecografía cervical: lóbulo tiroideo derecho aumentado de tamaño (6,8 \times 7,1 \times 5,7 cm), con ecoestructura heterogénea, con áreas líquidas fluctuantes de bordes imprecisos. Adenopatías de 3,4 cm laterales derechas, de aspecto necróticas. Se realiza PAAF: negativa para células malignas, y Gram y Ziehl-Neelsen ambos negativos. Con diagnóstico absceso tiroideo se realizar drenaje quirúrgico obteniendo material purulento que se remite a microbiología. Se inicia antibioticoterapia con levofloxacino. El resultado microbiológico: *Mycobacterium tuberculosis* en cultivo de Lowenstein. Nueva prueba de Mantoux (PPD) es positiva y se descarta VIH. Dado el diagnóstico de tuberculosis tiroidea con la microbiología y la positividad del Mantoux, se inició tratamiento con triple asociación antituberculosa. Actualmente el paciente está asintomático, con controles analíticos y ecográficos normales por lo que es dado de alta.

Discusión: La tuberculosis tiroidea, una patología extremadamente infrecuente descrita por Lebert por primera vez en 1862, afecta más a mujeres de mediana edad. Cursa de forma inespecífica y por ello su diagnóstico es tardío. Se presenta como nódulo tiroideo de aspecto quístico y debe realizarse el diagnóstico diferencial con la fístula del seno piriforme, el quiste tirogloso y toda la patología propia tiroidea benigna y maligna. La ecografía cervical no diferencia de un carcinoma o un nódulo con degeneración quística, por lo que ante la sospecha de TBC se debería realizar radiografía de tórax y un test de tuberculina. Dado que la clínica y hallazgos radiológicos no son específicos, se requiere una citología por PAAF guiada por ecografía. El papel de la cirugía es limitado: básicamente consiste en el drenaje de abscesos de volumen considerable seguido por una pauta de terapia antituberculosa, evitando así una cirugía más agresiva que conlleve a la destrucción total de

la glándula tiroidea y su consecuente hipotiroidismo. El tratamiento debe completarse con cuádruple pauta (3 meses) con isoniazida, rifampicina, ethambutol y estreptomycinina o pirazinamida, seguido de tres fármacos durante los seis meses siguientes. La inusual presentación de tuberculosis tiroidea supone un reto diagnóstico y requiere un alto índice de sospecha. Debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones nodulares tiroideas, en pacientes con masa inflamatoria cervical de la línea media y especialmente en pacientes que provienen de comunidades con una alta prevalencia.