



## 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  $\mu$ 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.