



## I-181 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR. A RAZÓN DE 3 CASOS

J. Ramos Lázaro<sup>1</sup>, A. Culla Ginestà<sup>1</sup>, E. Niño Aragón<sup>1</sup>, N. Jové Vidal<sup>1</sup>, N. Msabri<sup>1</sup>, A. Sánchez Biosca<sup>1</sup>, A. Smithson Amat<sup>2</sup>, M. Torres Salinas<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Interna. <sup>2</sup>Infecciones. Hospital de l'Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

### Resumen

**Objetivos:** La tuberculosis pulmonar es la forma de presentación más frecuente de enfermedad tuberculosa. La presentación extrapulmonar puede suponer un reto diagnóstico. El siguiente trabajo intenta poner énfasis en formas de presentación poco frecuentes de enfermedad tuberculosa.

**Métodos:** Revisión de 3 casos de enfermedad tuberculosa con afectación extrapulmonar. Se describen las características epidemiológicas, radiológicas, y evolutivas tras inicio de tratamiento.

**Resultados:** Caso 1: mujer de 31 años, natural de Pakistán, con antecedentes de anemia ferropénica y déficit de vitamina B12, que ingresa por episodio sincopal. Interrogando a la paciente, refiere cuadro de 1 mes de fiebre vespertina, y pérdida de 10 kg de peso. Analíticamente destacaba anemia microcítica, con estudio endoscópico sin alteraciones. Una TAC abdominal mostró adenopatías mediastínicas y retroperitoneales, con múltiples colecciones que afectaban al músculo psoas-íliaco derecho, así como posible espondilodiscitis S1. Se puncionó y drenó una de las colecciones dando salida a material purulento con cultivo positivo para *M. tuberculosis* (estreptomycin, rifampicina, etambutol y pirazinamida sensible; isoniacida intermedio (0,1 mg/L)). Inició tratamiento tuberculostático, con resolución clínica y radiológica completa. Caso 2: mujer de 23a, natural de India, gestante de 22 semanas, con tumoración dorsal derecha de 2-3 meses de duración, drenada con punción dando salida a > 100 cc de líquido purulento. Inició tratamiento antibiótico empírico con amox-clav, sin mejora. El cultivo bacteriológico resultó negativo, pero el Lowenstein fue positivo para *M. tuberculosis* (multisensible); se realizó RMN Columna que mostró un absceso en cara dorsal paravertebral derecha a la altura dorso-lumbar (desde la altura de los cuerpos vertebrales D10 a L3), en relación a un absceso sin extensión hacia estructuras neurales, ni en un plano anterior hacia estructuras abdómino-pélvicas. Inició tratamiento tuberculostático, pero a los 4 meses presentó aumento de la tumoración (tras parto), con TAC columna lumbar que mostró una colección fusiforme de 13,7 × 12 × 3,5 cm, con cuerpos vertebrales sin alteraciones y fistulografía normal, procediendo a drenaje. Completó finalmente el tratamiento tuberculostático, con resolución radiológica completa. Caso 3: mujer de 34 años, natural de Marruecos, con antecedente de apendicitis perforada a los 14 años, que en estudio de masa abdominal palpable se realiza TAC Abdominal que informa de posible tumor de GIST retroperitoneal, englobando al colon derecho, por lo que se realizó hemicolecotomía derecha ampliada. El estudio anatomopatológico no obstante informó de una linfadenitis granulomatosa con extensa necrosis compatible con tuberculosis. Inició tratamiento tuberculostático, con estabilidad clínica, sin aparición de nuevas lesiones.

*Discusión:* La tuberculosis extrapulmonar representa un 10-20% de las tuberculosis en pacientes inmunocompetentes, y requieren de una mayor sospecha diagnóstica, ya que pueden afectar a prácticamente cualquier órgano; esta baja incidencia, y poca sospecha clínica, pueden demorar el diagnóstico, sobre todo por la duración del cultivo Lowenstein. La pauta de tratamiento es similar a la pulmonar (habitualmente 2HRZE/4HR), con la excepción de la meningitis tuberculosa, y en la espondilitis tuberculosa con afectación neurológica (2HRZE/10HR).

*Conclusiones:* Aunque únicamente se describen 3 casos, los pacientes comentados dan una idea de la importancia de tener una alta sospecha de tuberculosis en determinadas situaciones. La introducción de métodos de diagnóstico rápido (PCR) permiten disminuir el tiempo de espera para llegar a un diagnóstico etiológico, disminuyendo el tiempo para iniciar un tratamiento específico.