

# SESIÓN CLÍNICA 21/06/23

---

Carlos Lorente Larrañeta R2 MI  
Dra. Cristina Ferrero

Complejo Asistencial  
Universitario de León



# ANAMNESIS



MUJER

75 AÑOS

3  
MESES

ENFERMEDAD  
ACTUAL



Hiporexia y pérdida de peso progresiva de hasta 10 Kg.

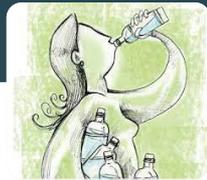
Dolor abdominal difuso con náuseas ocasionales sin vómitos.

Sensación distérmica y sudoración profusa ocasional sin fiebre termometrada.

Niega aparición de adenopatías palpables.

Asocia **polidipsia y poliuria**, sin diagnóstico previo de diabetes.

Niega clínica infecciosa



# ANTECEDENTES PERSONALES

NAMC.

Independiente ABVD. Vive sola en **medio rural**. Apoyo familiar.

No contacto habitual con animales.

FRCV: HTA.

**VHZ brazo derecho (3 meses previos al ingreso).**



**Poliartritis seronegativa a tratamiento con Adalimumab (suspendido 2 meses previo al ingreso).**

Cervicoartrosis.

IQ: Ambos hombros, STC bilateral, Rectocele en 2011, Dedo en martillo pie derecho.

# ANTECEDENTES PERSONALES

ANTECEDENTES  
FAMILIARES

NO AF de interés



TRATAMIENTO  
ACTUAL

Orfidal 1 mg 1/2-0-1

Naproxeno 500 mg 1-0-1

**Hidroxiclороquina 200 mg 1-0-0**

**Pristiq 50 mg 1-0-1**

Omeprazol 20 mg 1-0-0

Colecalciferol 25000 Ui/Env 1 Cada 15 Días

**Metilprednisolona 16 Mg 1-0-0**



**Adalimumab ( suspendido 2 semanas previas al ingreso)**

# EXPLORACIÓN FÍSICA



Consciente, orientada, colaboradora. Conversación fluida y coherente sin alteraciones en la palabra.

No signos meníngeos. Fuerza y sensibilidad conservadas.

**Habito asténico.** NH y NP. **Eritema y fotosensibilidad en zonas expuestas (cuello y dorso).**

CYC: **No adenopatías** submaxilares laterocervicales ni axilares.

AC: rítmica a 80 lpm. No soplos ni roce pericárdico.

AP: **crepitantes secos dispersos bilaterales**



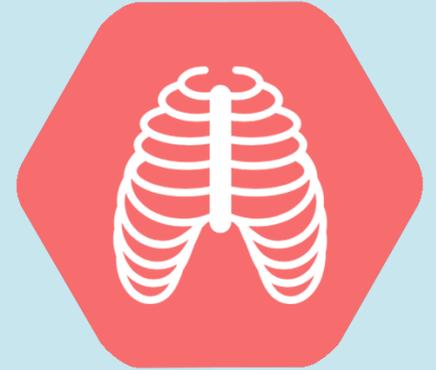
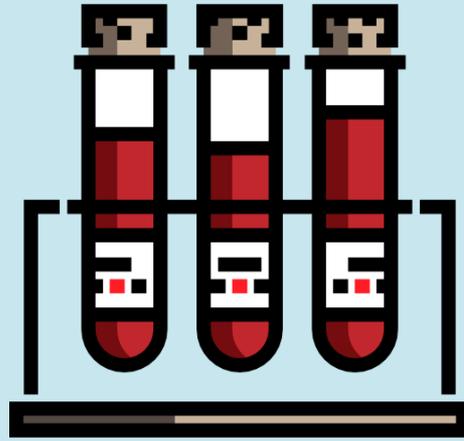
Abdomen: blando, depresible. **Dolor leve a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho.**

Murphy negativo. No palpo hepatoesplenomegalia. Peristaltismo conservado.

MMII: no edemas ni lesiones cutáneas. Pulsos pedios presentes y simétricos.

PRUEBAS

COMPLEMENTARIAS



# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## ANALÍTICA

Hemograma: **Leucocitos 3600 Neutrófilos 3010 Linfocitos 300 Hb 12.1 Hto 35.1% VCM 81.8 Plaquetas 186000. Coagulación: INR 1.19 TP 77% FNG 518 TTPa 28.4" TP 13.8"**

BQ: Glucemia 109 Urea 27 Cr 0.57 FG 92 AST 57 ALT 40 **ALP 472 GGT 466 BT 0.5 PT 6.6 CT 114 TG 173 CK 15 LDH 442 Na 134 K 3.9 PCR 100. Beta2 microglobulina: 6.13 HbA1c:6.4%. Igs IG 1576 IgA 754 IgM 96 alb 3 PCR 100. Proteinograma: proceso inflamatorio.**

## SEROLOGÍAS

**VHB, VHC, VIH Negativa**



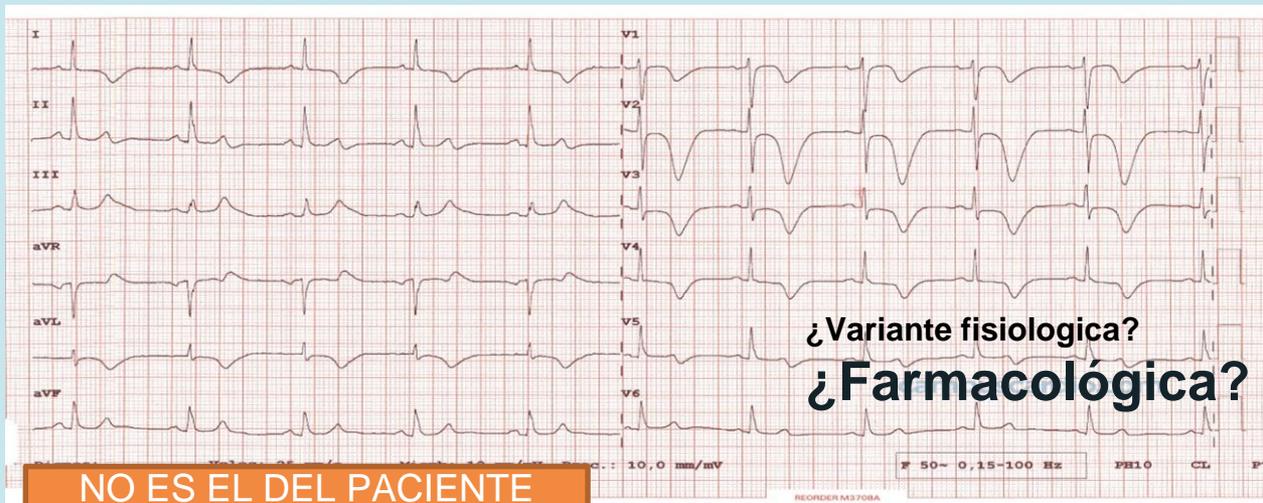
# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ECG

Hidroxicloroquina

Alargamiento QT

Hipertrofia  
biventricular



## Alteraciones en el ECG

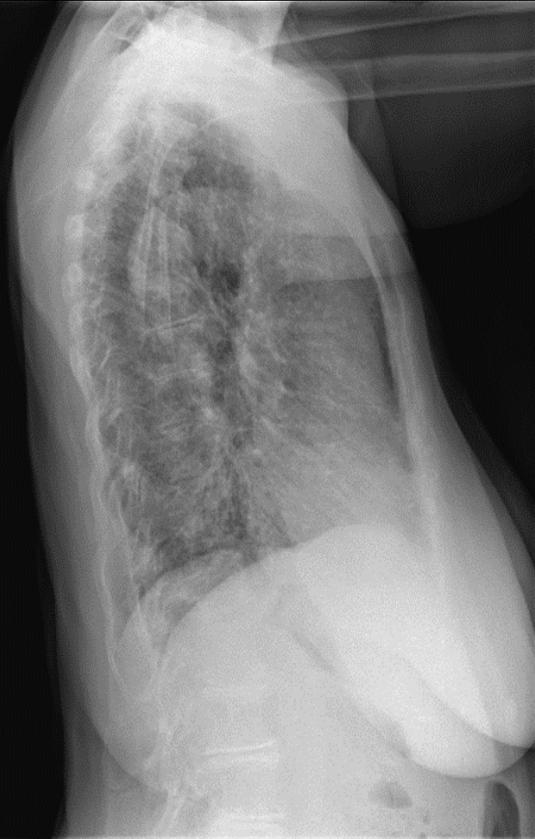
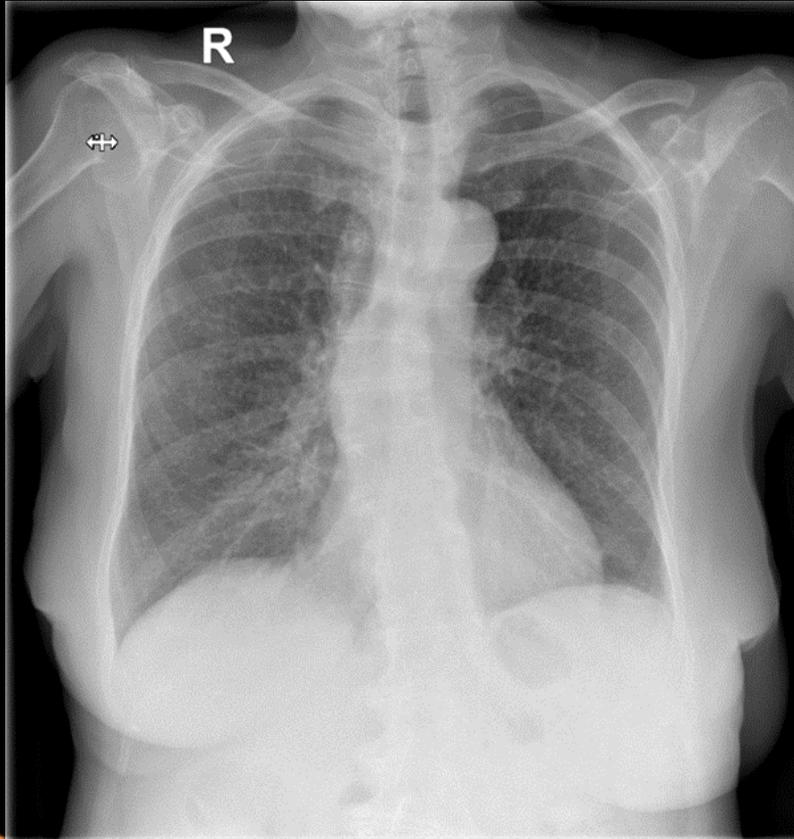
No se observaron diferencias clínicamente relevantes en comparación con placebo en cuanto a los intervalos **QT**, QTc, PR y QRS. En un estudio específico del intervalo QTc con criterios determinados prospectivamente, desvelafaxina no causó prolongación del intervalo QT. No se observaron diferencias entre los tratamientos con placebo y desvelafaxina para el intervalo QRS.

Desvelafaxina



Ritmo sinusal a 90 LPM PR 160 meg QRS estrecho. eje 60° Onda T negativa II,III, avF, avL y en precordiales V2-V6 QT 480 mseg.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS



## RX TÓRAX

ICT normal.  
No derrames ni  
condensaciones.  
Elongación aórtica

**¿Patrón  
Intersticial  
micronodulillar?**

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

## ECOGRAFÍA ABDOMINAL



Hígado de tamaño y morfología normales, de ecogenicidad homogénea. En el segmento IVb se visualiza una **pequeña lesión focal hiperecogénica de morfología ovalada de contornos bien definidos de 7 x 14 mm, sugestiva de hemangioma**. No identifico otras LOES. Pequeños quistes parapiélicos renales izquierdos. **Ligera esplenomegalia** con un diámetro longitudinal de 12,6 cm, visualizando **incontables lesiones focales hipodensas milimétricas**. También se objetivan **varias adenopatías en hilio hepático, peripancreáticas, interportocavas, las mayores de hasta 1,5 cm en su eje corto**. Páncreas de características ecográficas conservadas. No se observa líquido libre intraperitoneal. Resto normal.

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL





# DIAGNOSTICO DIFERENCIAL



**SINDROME  
CONSTITUCIONAL**

**ASTENIA + PERDIDA DE PESO + HIPOREXIA**

**SINDROME FEBRIL**

**SENSACIÓN DISTÉRMICA + SUDORACIÓN PROFUSA**

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

FOTOSENSIBILIDAD



¿FARMACOLOGICA?

**Hidroxicloroquina** →

¿AUTOINMUNE?

Erupción  
poliforma  
solar



DOLOR ABDOMINAL  
+  
NAUSEAS



¿COLESTASIS?  
¿TUMORAL?

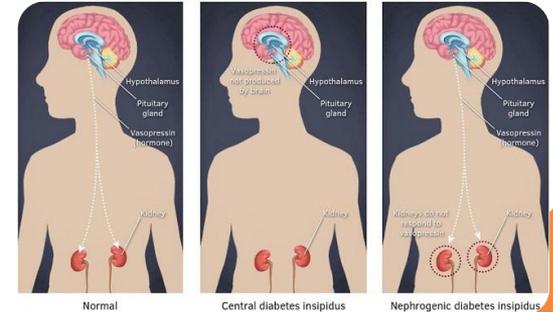


POLIURIA  
Y  
POLIDIPSIA



¿DIABETES INSIPIDA?  
¿Descompensación  
2º a tto corticoideo?

Na<sup>+</sup>  
134  
glucémica

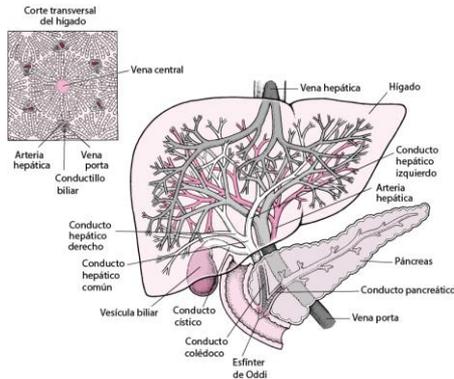


# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**COLESTASIS  
DISOCIADA**



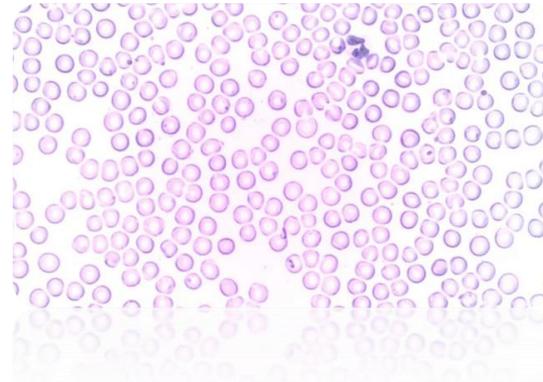
**¿NEOPLASIA?  
¿ADENOPATÍAS?  
¿HEPATOPATÍA?**



**LEUCOPENIA  
(LINFOPENIA)**



**¿TRATAMIENTO  
INMUNOSUPRESOR?  
¿AUTOINMUNE?  
¿INFECCIÓN?**

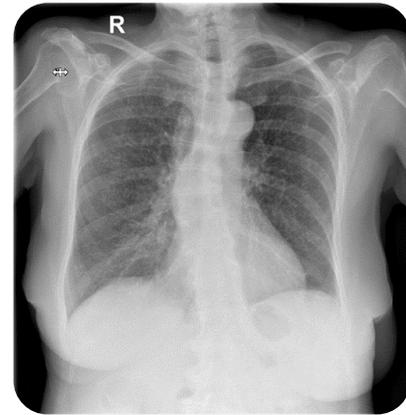


# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

**PATRÓN INTERSTICIAL  
(MICRONODULILLAR)  
RX TÓRAX**



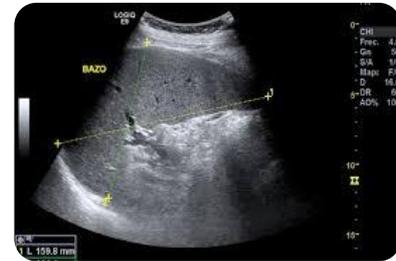
**¿INFECCIOSA?  
¿SARCOIDOSIS?**



**ESPLENOMEGALIA  
con incontables lesiones  
focales hipodensas  
milimétricas**



**¿INFECCIOSA?  
¿TUMORAL?  
¿AUTOINMUNE?**



**ADENOPATÍAS hilio  
hepático,  
peripancreáticas,  
interportocavas**



**¿TUMORAL?  
¿INFECCIOSA?**

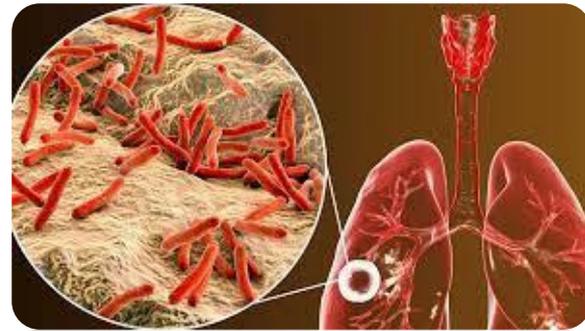
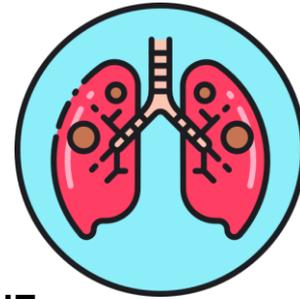
# TUBERCULOSIS



SD CONSTITUCIONAL + FEBRIL

INMUNOSUPRESIÓN POR ANTI-TNF

PATRÓN MICRONODULILLAR  
EN RX TÓRAX



COLESTASIS DISOCIADA (infiltración hepática + compresión  
vía biliar por adenopatías)

CREPITANTES SECOS EN AP

LINFOPENIA

ESPLENOMEGALIA CON  
MÚLTIPLES LESIONES HIPODENSAS

Adenopatías hilio hepático, peripancreáticas, interportocavas



NO CONTACTO CON BACILIFEROS  
¿REACTIVACIÓN POR  
INMUNOSUPRESIÓN?

NO TOS NI ESPUTO HEMOPTOICO

# LEISHMANIASIS VISCERAL



**SD GENERAL+ SD FEBRIL**

**VIVE EN MEDIO RURAL**

**LEUCOPENIA**

**ESPLENOMEGALIA**



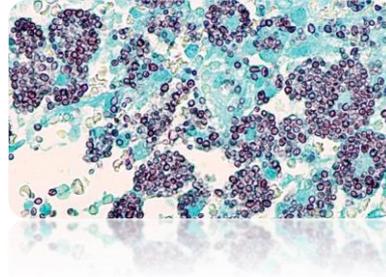
**MOSQUITO  
FLEBOTOMO**



**¿PICADURA?**

**ENTIDAD MUY RARA EN NUESTRO  
MEDIO**

# HISTOPLASMOSIS



**SD CONSTITUCIONAL + FEBRIL**

**VIVE EN MEDIO RURAL**

**PATRÓN INTERSTICIAL RX TÓRAX EN FORMAS CRÓNICAS**

**FORMA DISEMINADA/ GRAVE EN PACIENTES INMUNODEPRIMIDOS**

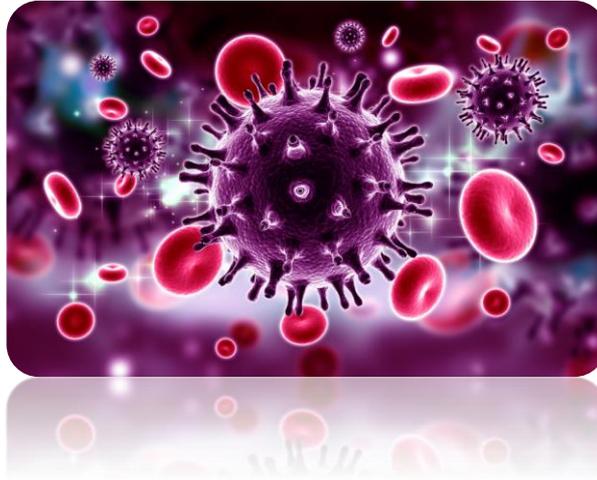


**NIEGA CONTACTO CON ANIMALES (AVES, MURCIELAGOS)**

**SINTOMAS PSEUDOCATARRALES CON TOS CON EXPECTORACIÓN, DISNEA**

**FORMA AGUDA MAX 10-12 EVOLUCIÓN**

**VIH**



**SD CONSTITUCIONAL + SD FEBRIL**

**LEUCOPENIA CON LINFOPENIA**

**INFECCIÓN RECIENTE POR VHZ**

**¿PERIODO VENTANA?**

**SEROLOGÍA NEGATIVA**

**NO AP DE CONDUCTAS DE RIESGO/  
TRANSFUSIONES/ TRANSPLANTE**

# LES



**SD CONSTITUCIONAL**

**REACCIONES CUTÁNEAS FOTOSENSIBILIDAD**

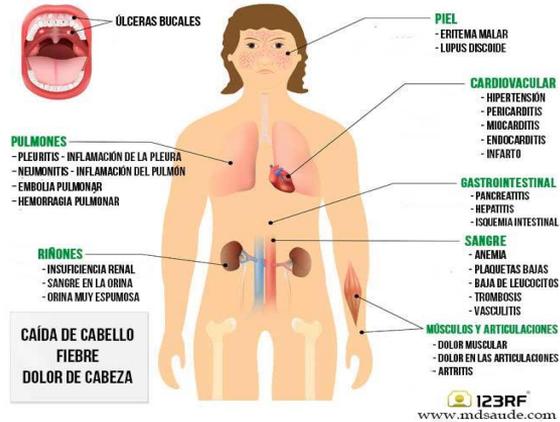
**POLIARTRITIS**

**LEUCOPENIA CON LINFOPENIA**

**ESPLENOMEGALIA ( 10%)**

**MOLESTIAS GASTROINTESTINALES/ NAUSEAS**

## LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO



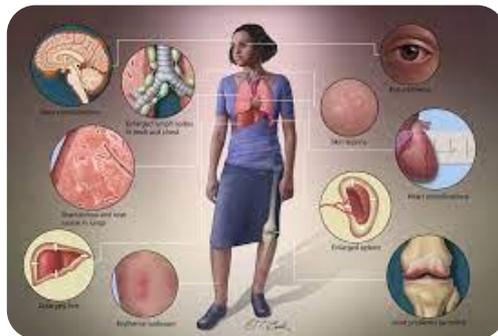
**NO ERITEMA MALAR**

**NO ALOPECIA**

**NO AFECTACIÓN RENAL**

**EDAD: DIAGNÓSTICO HABITUAL EN JUVENTUD**

# SARCOIDOSIS



**SD CONSTITUCIONAL + SD FEBRIL**

**POLIARTRITIS**

**COLESTASIS DISOCIADA ( *infiltración hepática* )**

**PATRÓN INTERSTICIAL RX TÓRAX**

**ESPLENOMEGALIA**



**EDAD : MUJERES DE 20-60 AÑOS**

**NO ADENOPATÍAS PALPABLES**

**NO DISNEA**

**NO TOS**

**NO ERITEMA NODOSO (MMII)**

# LINFOMA HODGKIN



**SINTOMAS B ( PÉRDIDA PESO + SD FEBRIL)**

**B2 MICROGLOBULINA ELEVADA**

**HÁBITO ASTENICO**

**COLESTASIS DISOCIADA ( *infiltración hepática*)**

**ESPLENOMEGALIA**

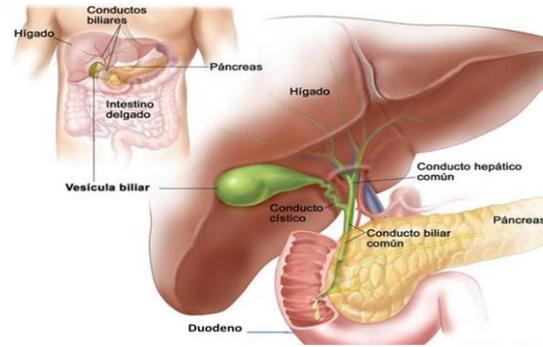
**NO ADENOPATÍAS PALPABLES**

**NO DISNEA NI MOLESTIAS A NIVEL TORÁCICO**

**NO APARENTES ADENOPATÍAS MEDIASTÍNICAS EN RX TÓRAX**

**ADULTOS JÓVENES**

# NEOPLASIA BILIOPANCREATICA



SD CONSTITUCIONAL

SD FEBRIL ( PARANEOPLASICO)

COLESTASIS DISOCIADA (obstrucción vía biliar)

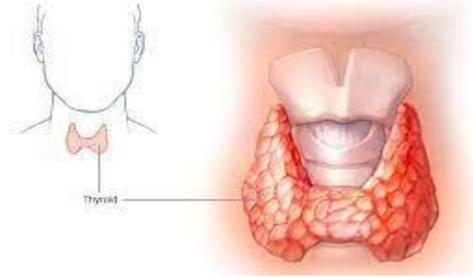
Adenopatías hilio hepático, peripancreáticas,  
interportocavas



NO HALLAZGOS ECOGRAFICOS CON  
SOSPECHA DE NEOPLASIA

NO TC ABDOMINAL

# HIPERTIROIDISMO



**SD CONSTITUCIONAL**

**SUDORACIÓN PROFUSA**

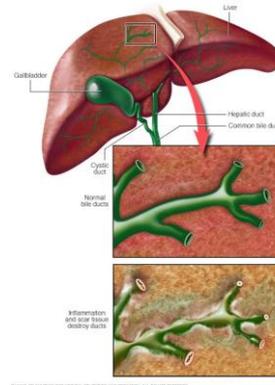


**NO BOCIO A LA  
EXPLORACIÓN**

**PERDIDA DE PESO SIN  
HIPOREXIA ( FRECUENTE  
POLIFAGIA)**

**HIPERACTIVIDAD**

# CIRROSIS BILIAR PRIMARIA



SEXO : MUJER



SD CONSTITUCIONAL

COLESTASIS DISOCIADA (↑ FA) (obstrucción biliar)

ESPLENOMEGALIA

ASOCIACIÓN CON FIBROSIS PULMONAR  
( PATRÓN INTERSTICIAL RX TÓRAX Y CREPITANTES  
SECOS EN LA AP)



EDAD : 40-60 AÑOS

NO PRURITO

NO ICTERICIA NI COLURIA

NO FIEBRE

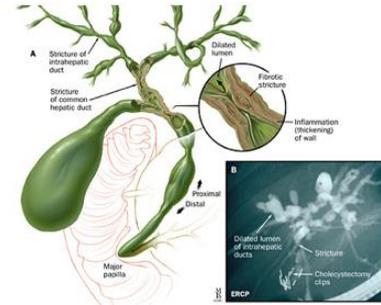
# COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA



**SD CONSTITUCIONAL + SD FEBRIL**

**COLESTASIS DISOCIADA (obstrucción biliar)**

**ESPLENOMEGALIA**



**SEXO: MÁS FRECUENTE EN HOMBRES**

**EDAD: 20-40 AÑOS**

**NO PRURITO**

# INSUFICIENCIA SUPRARRENAL



**SD CONSTITUCIONAL**

**POLIARTRALGIAS**

**DOLOR ABDOMINAL + NAUSEAS**

**HIPOTENSION**

**TRATAMIENTO CRÓNICO CON CORTICOIDES**



**NO HIPOGLUCEMIA**

**NO SD FEBRIL**

**NO HIPERPIGMENTACIÓN**

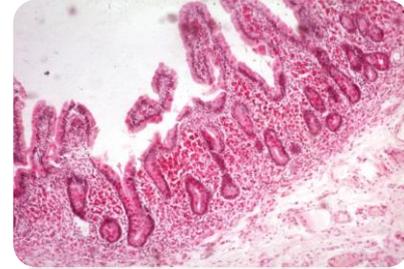
**¿SECUNDARIO?**

# SINDROME DE MALABSORCIÓN / CELIAQUIA



**SD CONSTITUCIONAL**

**DOLOR ABDOMINAL+ NAUSEAS**



**DEBUT EN LA INFANCIA/ JUVENTUD  
(RARO EN EDADES AVANZADAS)**

**NO DIARREA NI DEPOSICIONES CON  
PRODUCTOS PATOLÓGICOS**

**NO MANIFESTACIONES CUTÁNEAS  
( DERMATITIS HERPETIFORME) -10%**

**NO ESTEATORREA**

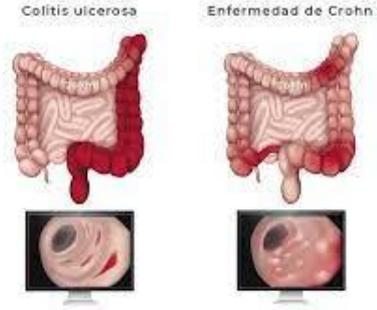
# ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL



**SD CONSTITUCIONAL + SD FEBRIL**

**DOLOR ABDOMINAL + NAUSEAS**

**2º PICO INCIDENCIA EN >70 AÑOS**



**NO DIARREA NI RECTORRAGIA**

**NO ÚLCERAS, ABSCESOS, AFTAS  
NI FÍSTULAS**

**NO MASAS ABDOMINALES**

# PATOLOGÍA PSIQUIATRICA



**SD CONSTITUCIONAL**

**TRATAMIENTO CON  
ANTIDEPRESIVO Y ANSIOLITICO**



**SD FEBRIL**

**ALTERACIÓN A/S Y RX TÓRAX**

# IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

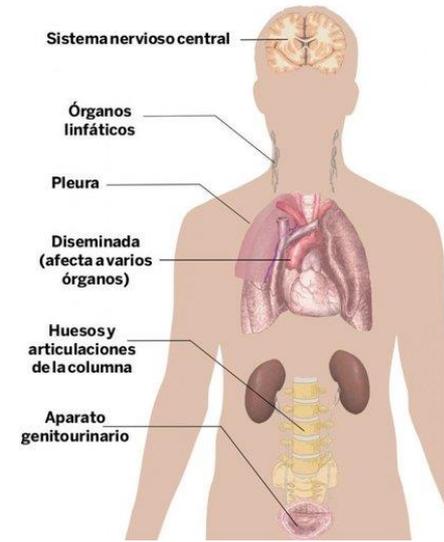
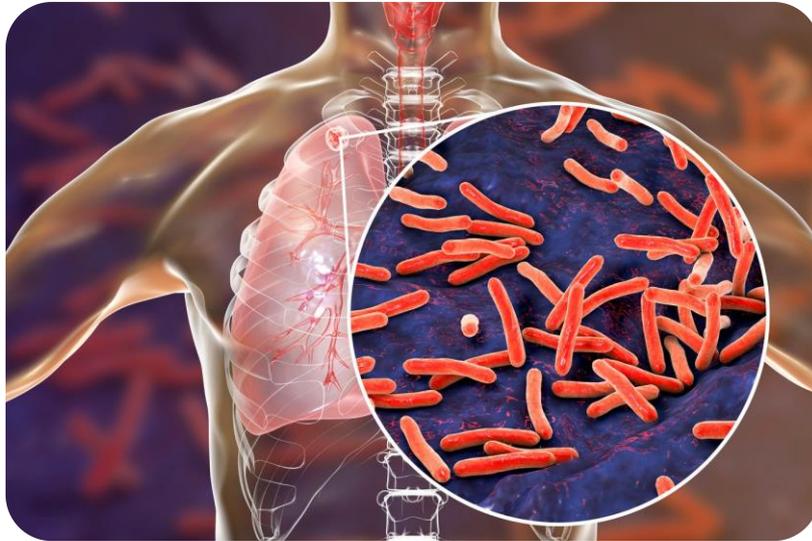


ENCUESTA

[https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSckRjmZc8cDLjv5Gm\\_vS\\_QXsWcMLtVURIhESXM2IP1ZbQf\\_szuw/viewform?vc=0&c=0&w=1&fl\\_r=0](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSckRjmZc8cDLjv5Gm_vS_QXsWcMLtVURIhESXM2IP1ZbQf_szuw/viewform?vc=0&c=0&w=1&fl_r=0)

# TUBERCULOSIS

## DISEMINADA



**SECUNDARIA  
A INMUNOSUPRESIÓN  
POR ANTI -TNF  
(Adalimumab)**

**¿FORMA  
POSTPRIMARIA?**

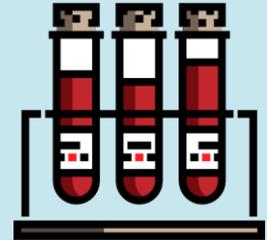
# PRUEBAS A SOLICITAR

## TC TORACO-ABDOMINAL



A/S  
+  
Orina

Autoinmunidad ( ANA, ANCAS)  
Vit B12, Folato, Fe, TSH y T4, ECA  
VSG  
Marcadores tumorales ( CEA, CA 19.9, CA 125 y CA 15-3 )  
Serología VEB y CMV  
SYS



## MANTOUX/ IGRA

**Falsos negativos en PT por inmunosupresión /  
TBC diseminada**

HC X 2



**¡MUCHAS  
GRACIAS POR  
VUESTRA  
ATENCIÓN!**

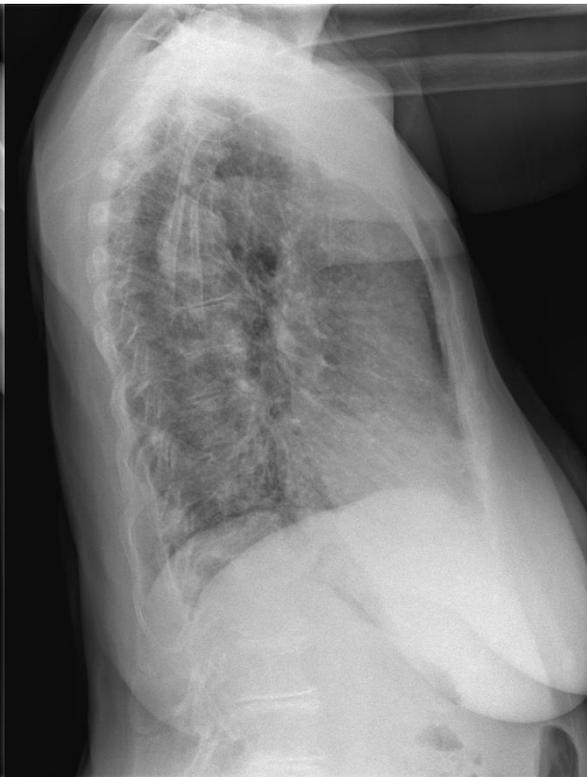
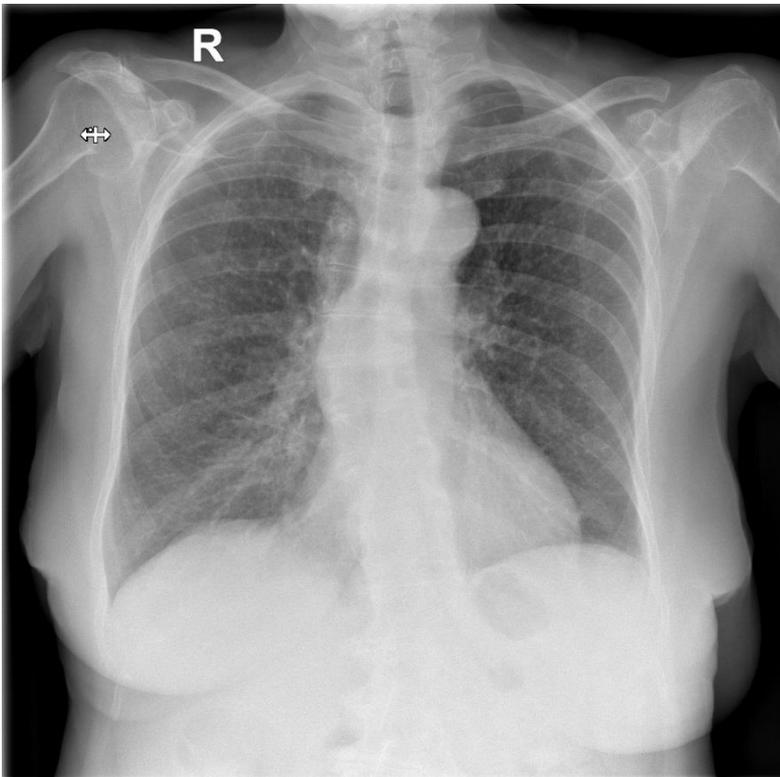


# CASO CLÍNICO

21 DE JUNIO DE 2023

Carlos Lorente  
Residente de Medicina Interna  
CAULE

Cristina Ferrero  
Adjunto de Medicina Interna  
CAULE



Pruebas complementarias





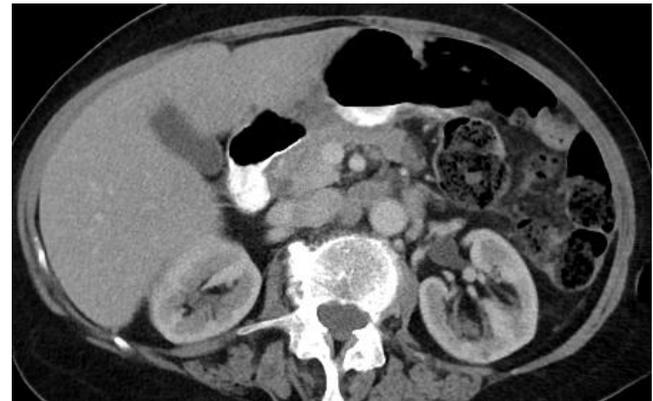
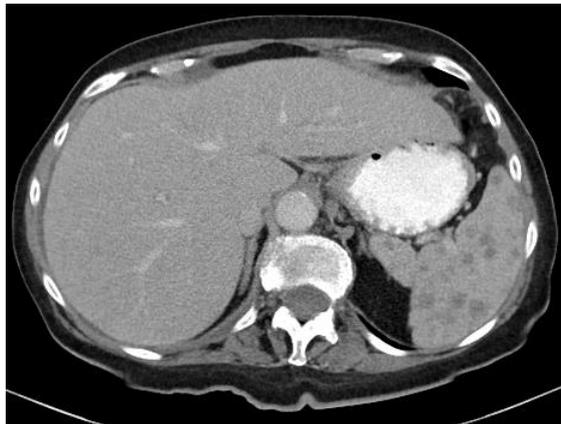
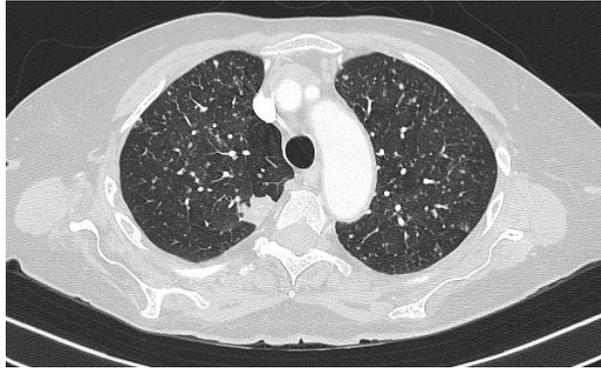
## LABORATORIO

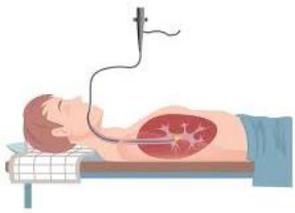
MARCADORES TUMORALES	CEA 0.685 CA 12.5 308 CA 19.9 189 CA 15.3 41.8 CA 72.4 0.9
PERFIL FÉRRICO	Ferritina 2751
SEROLOGÍA VHB, VHC, VIH	NEGATIVA
CUANTIFERÓN (2022 Y 2023)	NEGATIVO
MANTOUX (2022 Y 2023)	NEGATIVO
URINOCULTIVO	NEGATIVO
HEMOCULTIVOS 4/4	NEGATIVOS



## TAC TORACOABDOMINAL

- Mínimas **lesiones pleuroparenquimatosas apicales** bilaterales probablemente cicatriciales.
- **Patrón nodulillar centrolobulillar**, de puntiformes la mayoría, a 1 cm de eje largo, difuso, pero en menor proporción en bases, con área de consolidación mínima en la zona posterior del apical de LSD y cierto engrosamiento del intersticio en bases.
- **Adenopatías** comentadas en ecografía, hipodensas, en hilio hepático 16mm, peripancreáticas, retroperitoneales/paraaórticas altas, espacio portocava, etc.
- Leve **esplenomegalia** de 13cm con múltiples **lesiones hipodensas** mal definidas.





## BRONCOSCOPIA

- Vía aérea superior sin alteraciones, cuerdas vocales de morfología y motilidad normales. Sin alteraciones de la mucosa bronquial.
- =>BAL: **PCR positiva para M. tuberculosis**. Metaplasia escamosa. Negativo para malignidad.

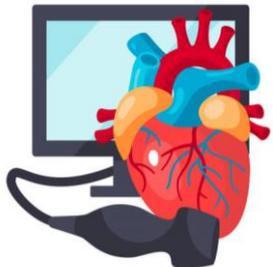


TABLA I

DOSIS RECOMENDADAS PARA EL TRATAMIENTO INICIAL DE LA TUBERCULOSIS

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis diaria</i>	<i>Dosis 2 veces/semana (intermitente)</i>
Isoniacida (H)	5 mg/kg D. máx. 300 mg	15 mg/kg D. máx: 900 mg
Rifampicina (R)	10 mg/kg D. máx. 600 mg	10 mg/kg D. máx: 600 mg
Pirazinamida (Z)	30 mg/kg D. máx. 2 g	50-70 mg/kg D. máx: 4 g
Etambutol (E)	15-25 mg/kg*	50 mg/kg
Estreptomicina (S)	15 mg/kg D. máx. 1 g**	25-30 mg/kg D. máx. 1,5 g**

\*25 mg/kg 2 primeros meses seguido de 15 mg/kg. \*\*120 g máximo por cdo tratamiento



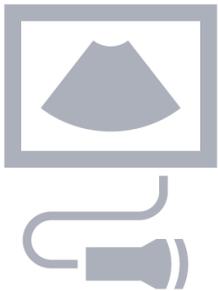
ECG: ritmo sinusal a 90 LPM PR 160 ms QRS estrecho. eje 60° Onda T negativa II,III, avF, avL y en precordiales V2-V6 Intervalo QT 480 ms

Venlafaxina  
Hidroxicloroquina

MDM: CK 8, CKMB 6, troponina 16  
ProBNP 873

## ECOCARDIOGRAMA

- VI de tamaño normal con **relajación precoz del septo interventricular anterior**. Fracción de eyección conservada.
- IAo ligera/moderada.
- Disfunción diastólica sin dilatación auricular.
- No datos de endocarditis infecciosa.
- No derrame pericárdico



BAG lesión esplénica:

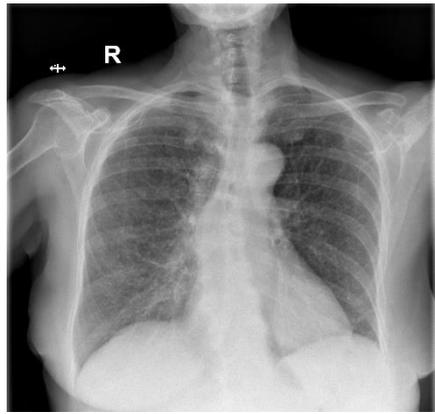
MICRO tinción de auramina negativa// PCR TBC POSITIVA (micobacteria carga bacilar baja).

AP granulomatosis necrotizante con bacilos ácido-alcohol resistentes

Tras 2 semanas  
de RIPE



AST 109  
ALT 88  
ALP 1132  
GGT 918

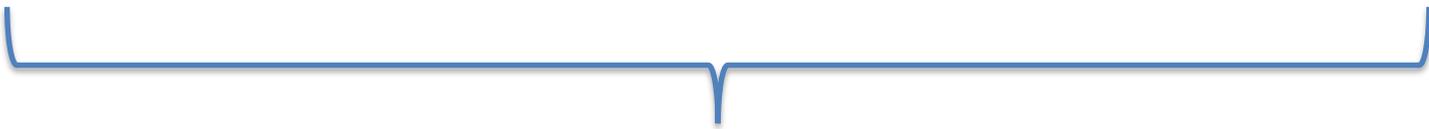


Fiebre  
persistente

Elevación de  
las PFH

Empeoramiento  
radiológico

Insuficiencia  
respiratoria



Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunológica



Metilprednisolona 20 mg/día iv

Tras 3-4  
semanas de  
RIPE

Lesiones maculares rojo-  
violáceas pruriginosas

Púrpura anular telangiectoide de Majocchi



¿Toxicodermia por Pirazinamida?



Tuberculosis miliar  
+  
Respuesta inflamatoria sistémica  
+  
Posible toxicodermia por pirazinamida

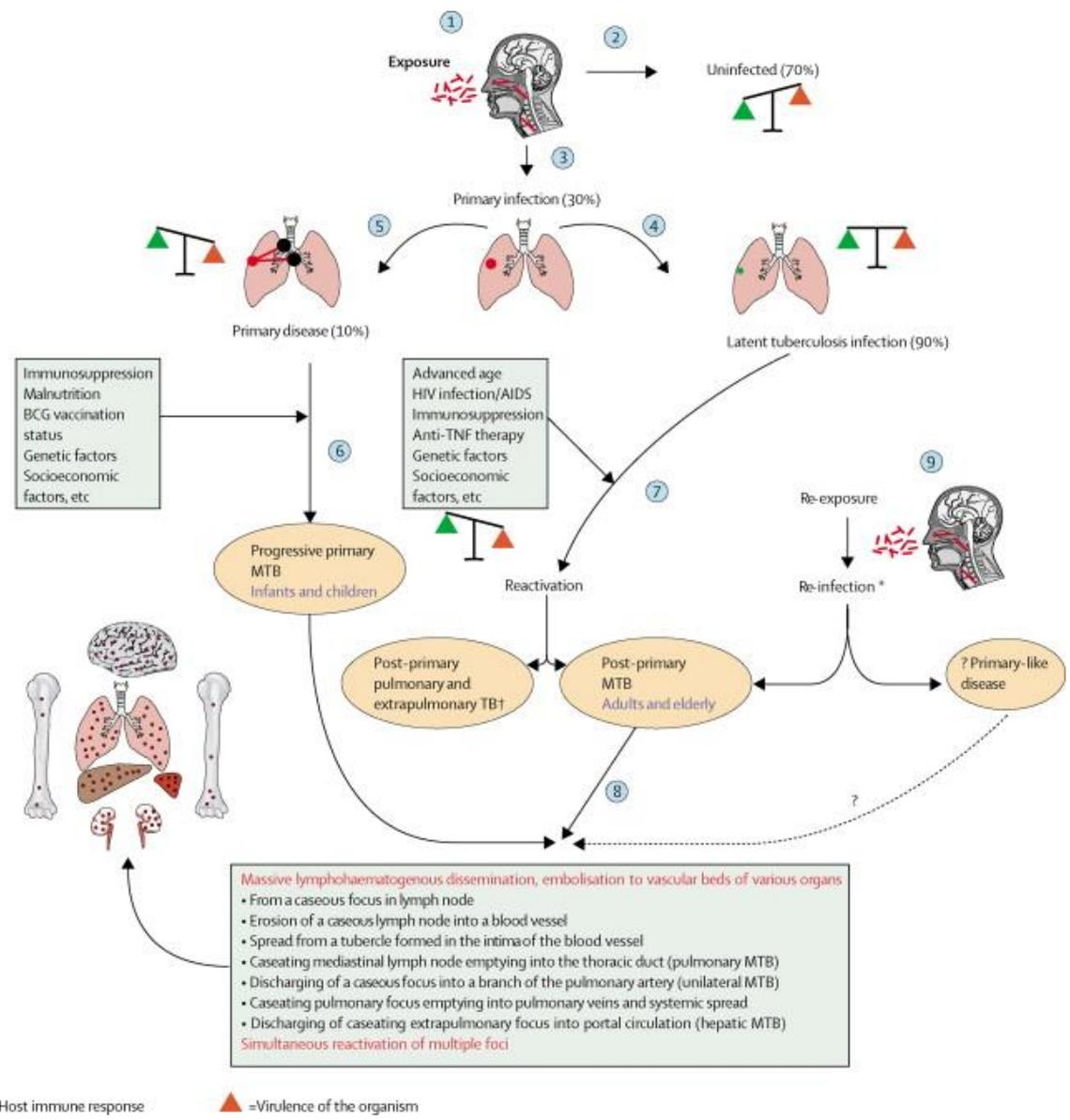


# TUBERCULOSIS MILIAR





# PATOGENIA

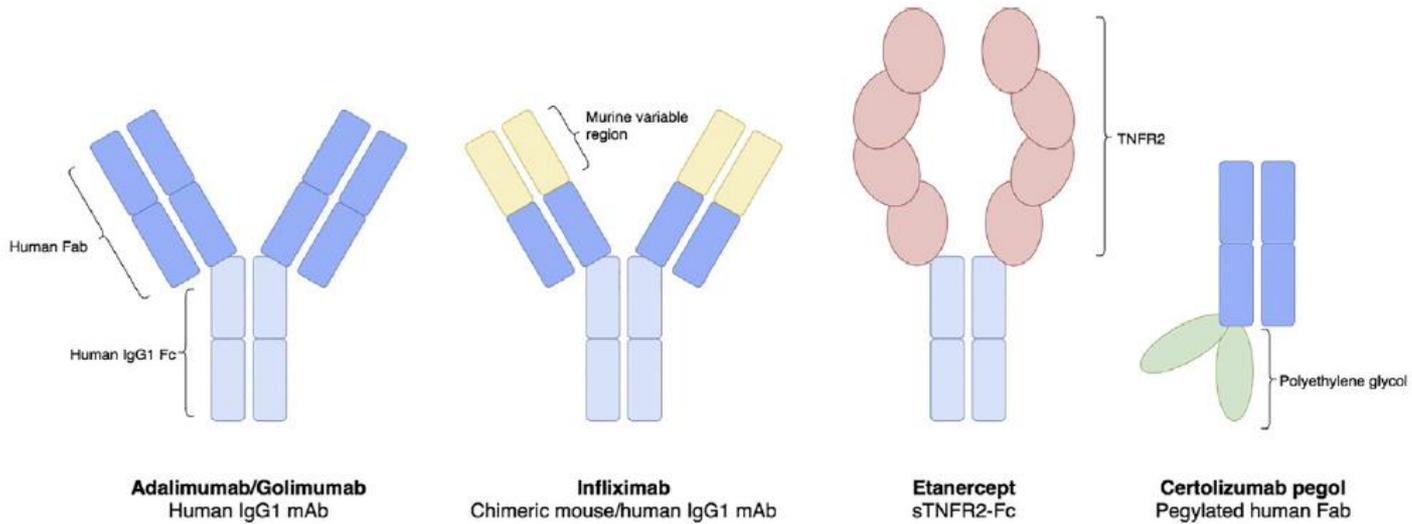
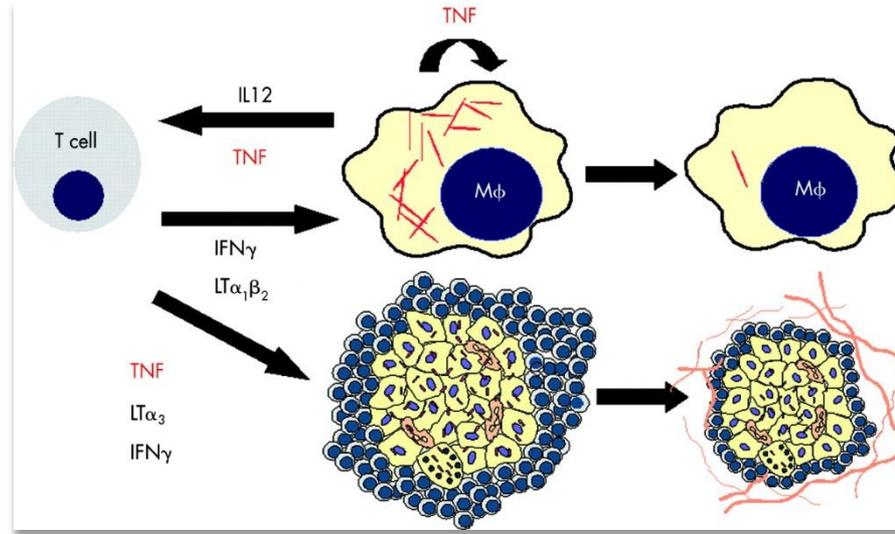




## FACTORES DE RIESGO

- Ancianos
- Malnutridos
- Pacientes con alteración de la inmunidad celular (VIH)
- Insuficiencia renal crónica
- Trasplantados de órgano sólido
- **Pacientes en tratamiento con anti TNF**

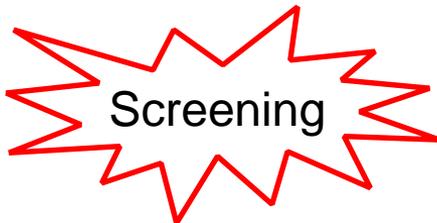
ADALIMUMAB





**Table 1**  
Summary of selected studies examining the incidence of tuberculosis in patients with inflammatory diseases on anti-TNF- $\alpha$  therapies

Study, Year of Publication	Region	Years of Data	Study Design	Risk Estimate for TB Case Rate per 100,000 Person-Years		
				Infliximab	Adalimumab	Etanercept
Gómez-Reino et al, <sup>33</sup> 2003	Spain	2000–2002	BIOBADASER Registry	1503	—	—
Wallis et al, <sup>44</sup> 2004	USA	1998–2002	FDA AERS	54	—	28
Carmona et al, <sup>34</sup> 2005	Spain	2002–2004	BIOBADASER Registry	32	0	0
Listing et al, <sup>35</sup> 2005	Germany	2001–2003	RABBIT Registry	310	—	0
Askling et al, <sup>31</sup> 2005	Sweden	1999–2004	ARTIS Registry	145	—	80
Brassard et al, <sup>3</sup> 2006	Canada	1998–2003	Pharmaceutical claims database	257 <sup>a</sup>		
Sichletidis et al, <sup>45</sup> 2006	Greece	2000–2004	Single center retrospective	449 <sup>a</sup>		
Tubach et al, <sup>46</sup> 2009	France	2004–2007	RATIO Registry	188	215	9
Favalli et al, <sup>32</sup> 2009	Italy	1999–2002 2002–2008	LORHEN Registry	375 183	0 191	0 291
Dixon et al, <sup>36</sup> 2010	UK	2001–2008	BSRBR Registry	136	144	39
Kim et al, <sup>41</sup> 2011	Korea	2002–2009	KTBS Registry	540	490	0
Atzeni et al, <sup>37</sup> 2012	Italy	1999–2012	GISEA Registry	259	113	39
Winthrop et al, <sup>47</sup> 2013	USA	2000–2008	Kaiser Permanente pharmacy database	83	91	17
Abreu et al, <sup>49</sup> 2013	Portugal	2001–2012	Single center retrospective	1337	792	405
Baddley et al, <sup>50</sup> 2014	USA	1998–2007	Multiple registries	40 <sup>a</sup>		
Mok et al, <sup>51</sup> 2014	Hong Kong	2005–2013	Hong Kong Biologics Registry	1680	850	430
Ergun et al, <sup>42</sup> 2015	Turkey	2005–2012	Retrospective study, 4 referral centers	580	130	990
Arkema et al, <sup>27</sup> 2015	Sweden	2002–2011	SRQ Registry	51	47	20
Lim et al, <sup>39</sup> 2017	Taiwan	2000–2015	NHIRD National database	—	1056	889
Hou et al, <sup>43</sup> 2017	USA	2003–2011	National Veterans Affairs administrative data sets	28 <sup>a</sup>		
Yonekura et al, <sup>38</sup> 2017	Brazil	2009–2013	BiobadaBrasil Registry	182	443	192
Lee et al, <sup>48</sup> 2017	Korea	2011–2013	HIRA insurance claims database	1234 not treated for LTBI <sup>a</sup> 407 treated for LTBI <sup>a</sup>		
Rutherford et al, <sup>40</sup> 2018	UK	2001–2015	BSRBR Registry	73	83	46



Clin Chest Med 40 (2019) 721–739



Sospechar siempre TBC miliar ante un síndrome febril de etiología desconocida

## CLINICA

- Forma aguda: shock séptico, fracaso multiorgánico o distrés respiratorio.
- Forma subaguda o crónica
- Hepatoesplenomegala, adenopatías generalizadas...
- Lesiones cutáneas (*tuberculosis miliaria cutis*)
- Tubérculos coroideos en fondo de ojo

Síntomas en la tuberculosis miliar	Porcentaje
Fiebre y/o sudoración nocturna	96-83%
Anorexia	92-78%
Pérdida de peso	92-66%
Debilidad o malestar	92-78%
Síntomas respiratorios	78-18%
Síntomas gastrointestinales	21-12%
Cefalea	25-5%



## DIAGNÓSTICO

LABORATORIO: Leucocitosis (linf), anemia, pancitopenia por infiltración de la médula ósea, colestasis disociada, hipoalbuminemia, hiponatremia...

PPD negativa (28-53%)

Rx tórax:

- patrón micronodular/normal
- derrame pleural
- adenopatías mediastínicas e hiliares
- infiltrados alveolares o cavitaciones

TAC prueba más sensible: nódulos de 2-3 mm de diámetro

Cultivos esputo, jugo gástrico, orina, médula ósea

Biopsia adenopatías, LOES esplénicas, hepática...



---

## TRATAMIENTO

Misma pauta de tratamiento que tuberculosis pulmonar:

[Rifampicina+Isoniazida] x6m + [Pirazinamida+Etambutol] x2m

---

Duración **6 meses** salvo

- TBC ósea: 9 meses
  - TBC meníngea: 12 meses
- 

Se recomienda asociar **corticosteroides** en:

- TBC meníngea
  - Insuficiencia SR
  - Derrame pleural/pericárdico severo
  - SRIS
  - Síndrome de distrés respiratorio
  - Síndrome hemofagocítico
  - Nefritis por inmunocomplejos
- 

Monitorización de enzimas hepática

Hepatitis tóxica si PFH x5 valor normal ó si síntomas + elevación de PFH x3 ó BT x2 =>suspender fármacos hepatotóxicos

---