**P 64**

**IMÁGENES EN ADRENALITIS TUBERCULOSA - REPORTE DE UN CASO**

Gabriela Doberti Dragnic1, Fernando Osorio Gonnet1, Francisca Illanes Diez2

1Servicio de Medicina Interna, Hospital Padre Hurtado, 2Hospital Padre Alberto Hurtado (San Ramón)

**Contenido:**

Varón de 52 años, antecedente de Tuberculosis (TBC) pulmonar tratada en 1982. Consulta por dos meses de baja de peso 15 kg, anorexia, nauseas, dolor abdominal difuso y lipotimias; ingresa a urgencia, hipotenso (PA 87/61) y subfebril (37.8ºC). Glicemia 109 mg/dL, Sodio 133 mEq/L, Potasio 4.8 mEq/Lt, Creatinina 1.43 mg/dL, GB 9.2 x 103 /UL, segmentados 45% y linfocitos 42%, PCR 36 mg/L. Rx de tórax lesiones cicatriciales lóbulo pulmonar derecho. Tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis con aumento de tamaño de ambas glándulas suprarrenales (6 y 6.4 CM), sin captación de contraste, sin adenopatías. Informado inicialmente como hiperplasia suprarrenal versus infiltración.

Cortisol basal de 0.6 ug/dL (VN 6-25), ACTH no disponible, DHEA-S 15.4 ug/dL (VN 44.3-331), TSH 2.97 mlU/L. PPD: 14 mm (Reactor franco), ELISPOT > 20 (> a 8 positivo), 4 baciloscopías y cultivo Koch en orina negativos.

Resonancia magnética (RM) suprarrenal: lesiones bilaterales simétricas con necrosis central compatibles de compromiso tuberculoso activo.

Inicia hidrocortisona 20 mg am -10 mg pm, fludrocortisona 0.05 mg con buena respuesta clínica y de laboratorio, y tratamiento TBC. TC al año informa menor tamaño de glándulas suprarrenales (5.6 y 5.7 CM).

**DISCUSIÓN**

La insuficiencia suprarrenal secundaria a TBC es infrecuente (7-20% de los casos); la infección suele permanecer clínicamente silente durante décadas y en el momento de las manifestaciones clínicas, ya se ha destruido el 90% de éstas.

La TC y la RM juegan rol importante en la evaluación, dado que la apariencia de las glándulas depende de los cambios patológicos, duración de la enfermedad y tratamiento antituberculoso.

Se presenta el caso centrado en las imágenes, debido a sus características típicas de adrenalitis tuberculosa, fundamentales en el diagnóstico y tratamiento, las que por la menor prevalencia actual de TBC en nuestro país vemos excepcionalmente en la práctica clínica.

Las características que se describen en la TC en una etapa inicial, consiste en aumento de volumen de las glándulas suprarrenales, generalmente bilaterales, con contornos definidos y disminución central de la densidad con realce periférico. En fase más tardía, las glándulas se atrofian y aparecen calcificaciones, indicando TBC de larga data o quiescente.

En RM, se observan isointensas o hipointensas en T1, e hiperintensas en T2 inicialmente, y en las etapas tardías, las glándulas se observan hipointensas en todas las secuencias.

El diagnóstico de certeza se obtiene con la biopsia, pero en zonas donde aún no se ha erradicado la tuberculosis, las imágenes características en TC o RM permiten considerar este diagnóstico.

**Financiamiento:** Sin financiamiento