**P 105  
TIROIDITIS SUBAGUDA TUBERCULOSA EN UN PACIENTE TRASPLANTADO RENAL**

Carlos Stehr Gesche1, Jaime Avaria Estrada1, Osvaldo Sáez Del Río1, Oriana M. Chávez Raimann1, Macarena Arias Thormann1, Patricio Salman Mardones1, Claudia Rodríguez Mora2  
1Universidad de Concepción, 2Hospital Regional de Concepción

**Introducción:** La tiroiditis supurativa es causada por una infección generalmente bacteriana teniendo clásicamente una presentación aguda. Dentro de los principales gérmenes aislados destaca Streptococcus sp. y Staphylococcus aureus, siendo poco frecuente la infección fúngica o por mycobacterias.

**Caso Clínico:** Paciente de 32 años con antecedente de trasplante renal en tratamiento inmunosupresor con micofenolato y tacrolimus presenta cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por sensación febril intermitente asociada a odinofagia. Es hospitalizado para estudio relatando dolor cervical asociado a aumento de volumen tiroideo. Ecografía cervical informó: lóbulo tiroideo izquierdo hipoecogénico con escaza señal al doppler. Hallazgos clínicos y ecográficos son interpretados como tiroiditis subaguda de Quervain, iniciando tratamiento analgésico. Cursa con tirotoxicosis, razón por la cual inicia tratamiento con hidrocortisona y propranolol. Persiste febril, con disnea y tos seca por lo que se realiza TAC de tórax observándose consolidaciones focales en lóbulo pulmonar superior derecho. Microbiología y reacción de polimerasa en cadena (PCR) de lavado bronquioalveolar confirmó presencia de mycobacterium tuberculosis.

Por persistencia de sintomatología cervical y aumento de volumen progresivo se realiza nueva ecografía cervical que evidencia colección tiroidea bilateral mayor a izquierda, realizándose punción de ésta, obteniéndose material caseoso espeso.

Baciloscopía y PCR resultan positivas para Mycobacterias. Inicia tratamiento antituberculoso con buena respuesta del punto de vista respiratorio y tiroideo.

**Discusión:** La infección tuberculosa tiroidea es extremadamente infrecuente presentándose como un cuadro subagudo o crónico. El diagnóstico es tardío en general, requiriendo la demostración microbiológica por punción. Frente a la sospecha de compromiso tuberculoso tiroideo siempre debe descartarse compromiso pulmonar. El tratamiento se basa en el uso de terapia antituberculosa asociada, teniendo la cirugía un rol discutible.