

## CASO CLINICO

# Coinfección linfadenitis tuberculosa/VIH

Joyce Mittanck Tavares y Liz Mariela Rojas Coronel

DOI: 10.5281/zenodo.17495036

Presentado en: IX Congreso Paraguayo de Medicina Familiar, 7–9 de agosto de 2025, Asunción

## INTRODUCCIÓN

La coinfección de tuberculosis y el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) representa un grave problema de salud pública a nivel mundial, especialmente para poblaciones vulnerables (Paraguay, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social [MSPBS], 2013). Hasta 2015, el continente americano continuaba en la segunda posición a nivel mundial respecto a la carga más alta de coinfección tuberculosis/VIH (Castillo Benavides et al., 2020).

## OBJETIVO

Describir la relevancia clínica y diagnóstica de la coinfección linfadenitis tuberculosa/VIH, destacando su impacto en la salud individual y pública.

## PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino, 49 años, procedente de Mariano Roque Alonso, trabajadora en un comedor comunitario. Acudió a consultorio de medicina familiar por tumoración en región supraclavicular izquierda de 1 mes de evolución, de aumento gradual, alcanzando 5 cm de diámetro, con dolor a la palpación, calor y rubor. Hipertensa en tratamiento con losartán 50 mg cada 12 horas. Al examen físico, se constató tumoración renitente, inmóvil, con signos inflamatorios, sin supuración.

Se solicitó laboratorio, radiografía de tórax y ecografía de partes blandas, la cual reportó múltiples adenomegalias de aspecto inflamatorio, la mayor de  $27 \times 15 \times 23$  mm, compatible con adenoflemón. La PAAF reportó: leucocitos  $>100/\text{campo}$ , BAAR ++ (Ziehl Neelsen) y aislamiento de *Nocardia sp.* en cultivo. El GeneXpert-MTB/Rif detectó *Mycobacterium tuberculosis*. La radiografía de tórax mostró infiltrado bilateral. Los estudios serológicos confirmaron infección por VIH (Carga Viral: 492.000 copias/ml; CD4:  $>400$  células/mm<sup>3</sup>).

Se establecieron los diagnósticos de: 1) Linfadenitis tuberculosa en región supraclavicular izquierda con coinfección por *Nocardia sp.*, y 2) Infección por VIH. Se inició tratamiento antituberculoso (esquema HRZE 2 meses, seguido de HR 4 meses) y se programó el inicio de terapia antirretroviral dos semanas después, con seguimiento por infectología y los programas nacionales de TBC/VIH.

## CONCLUSIONES

Este caso clínico destaca la importancia de considerar la coinfección tuberculosis/VIH ante adenopatías persistentes, especialmente en zonas endémicas. La identificación de *Nocardia sp.* como agente coinfeisor resalta la necesidad de estudios microbiológicos completos. El abordaje oportuno y multidisciplinario, con inicio adecuado de tratamiento antituberculoso y antirretroviral, es fundamental para mejorar el pronóstico y reducir complicaciones en pacientes inmunocomprometidos.

## PALABRAS CLAVE

Tuberculosis Ganglionar; VIH; Coinfección; *Nocardia*; Atención Primaria de Salud.

## REFERENCIAS

- Castillo Benavides, M. G., Caicedo Gallardo, D. A., Pabón Angulo, J. R., & Ramírez Correa, B. V. (2020). Tuberculosis relacionada a V.I.H. *RECIMUNDO*, 4(1), 117-131. <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/731>
- Jameson, J. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., & Loscalzo, J. (Eds.). (2022). *Harrison. Principios de Medicina Interna* (21.a ed.). McGraw-Hill Education.
- Paraguay. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social (MSPBS). (2013). *Guía Nacional para el Manejo de la Tuberculosis*. Dirección General de Vigilancia de la Salud. [https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/30\\_06\\_2016\\_20\\_43\\_01\\_Guia-Nacional-delManejo-de-la-TB-2013.pdf](https://dgvs.mspbs.gov.py/files/documentos/30_06_2016_20_43_01_Guia-Nacional-delManejo-de-la-TB-2013.pdf)