Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):18

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-63. - DIAGNóSTICO DE INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA Y PROGRESIÓN A ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN PACIENTES QUE RECIBEN TRATAMIENTO ANTI-TNF

E. Alves, S. Castro, A. Pena, M. Trigo, M. Núñez, L. Anibarro

Servicio de Medicina Interna/UTB. Complejo Hospitalario de Pontevedra. Pontevedra.

Resumen

Objetivos: 1. Valorar la presencia de efecto Booster en pacientes que reciben tratamiento anti-TNF. 2. Valorar la utilidad de la prueba de QFT en pacientes con PT y Booster negativos. 3. Valorar la eficiencia del protocolo de despistaje de ILT en pacientes que han recibido tratamiento anti-TNF.

Métodos: Revisión retrospectiva de pacientes que iniciaron tratamiento anti-TNF en el Complexo Hospitalario de Pontevedra entre enero-2004 y marzo-2012. Se analizaron variables relacionadas con la presencia de efecto Booster y con la positividad de QTF en pacientes con ambas PT previas negativas, además se comparó el porcentaje de adherencia al protocolo entre dos intervalos de tiempo (años 2004-2007, frente a 2008-2012: antes y después de la introducción del QTF) mediante la prueba de chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas y la t de Student para las continuas, tras la comprobación de normalidad mediante el test de Kolmogorov-Smirnov. Las variables estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en el análisis univariante o aquellas clínicamente relevantes con $p < 0,02$ se incluyeron en un modelo multivariante de regresión múltiple.

Resultados: De 386 pacientes que reciben tratamiento anti-TNF, se excluyeron 14 por historial incompleto. La edad media fue de 44 ± 15 años, 52% eran varones. La patología más frecuente fue la enfermedad inflamatoria intestinal (30%), seguida por artritis reumatoide (27%). En el momento del despistaje 334 (90%) recibían tratamiento inmunosupresor, 242 (65%) con corticoterapia sistémica. 26 pacientes tenían antecedentes de PT positiva previa, de los cuales 21 habían realizado TILT correctamente. De 346 se constató la realización de PT1 en el 84% de aquellos que iniciaron anti-TNF en el periodo 2008-2012 frente al 71% de los que lo hicieron en el periodo 2004-2007 ($p = 0,004$). La PT1 fue positiva en 13% en el periodo 2008-2012 frente al 33% del primer periodo ($p < 0,001$). PT2 se constató en el 85% en el periodo 2008-2012 frente al 58% del periodo 2004-2007 ($p < 0,001$). Finalmente, 149 pacientes con ambas PT resultaron negativas, 109 realizaron QFT, resultando 2 positivas (1,8%). El análisis univariante demostró la relación de la presencia de Booster con la edad (diferencia de medias: 10,7 años; IC95%: 1,9-19,4) y la enfermedad cicatricial en la Rx de tórax ($p = 0,007$). El analisis multivariante relaciono la presencia de efecto Booster con enfermedad cicatricial en tórax ($p = 0,007$). Seis pacientes desarrollaron TB, todos ellos habían recibido tratamiento con infliximab y presentaban PT1 negativa. Ninguno de ellos había recibido TIT, pese a que uno había presentado PT2 = 16 mm. Tan solo un paciente había realizado QFT, con resultado negativo.

Discusión: Los pacientes candidatos a tratamiento con fármacos inhibidores de factor de necrosis tumoral (anti-TNF) tienen mayor riesgo de presentar progresión a enfermedad tuberculosa (TB), por lo que actualmente en España se recomienda la realización de protocolo de despistaje de infección latente tuberculosa (ILT), ya que su tratamiento (TILT) disminuye el riesgo de progresión a TB. En nuestro centro se recomienda la realización inicial de la prueba de tuberculina (PT1), que en caso de ser negativa (< 5 mm) se repite buscando efecto Booster (PT2). En nuestro centro desde enero-2008, tras la incorporación de una prueba de liberación de interferongamma (Quantiferon®-TB Gold, QFT) se recomienda su realización en casos de PT1 y PT2 negativas.

Conclusiones: La sensibilidad diagnóstica de aumenta tras la búsqueda de efecto Booster. En pacientes con 2 PT previas negativas QFT aumenta la sensibilidad en número limitado de pacientes. En ocasiones, estas pruebas pueden ser insuficientes para detección de ILT. Aunque la realización correcta del protocolo de despistaje ha mejorado en los últimos años, la falta de adherencia puede ocasionar casos de progresión a enfermedad tuberculosa.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.