



Revista Clínica Española



<https://www.revlinesp.es>

EP-20. - EMPIEMA TUBERCULOSO EN EL ÁREA DEL BIERZO. PRECISIÓN DE LAS PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

C. Prada González, D. Alexis, A. González Fernández, A. Rivas Lamazares, R. Dos Santos Gallego, M. Alonso Fernández, L. Corral Gudino

Servicio de Medicina Interna. Hospital El Bierzo. Ponferrada. León.

Resumen

Objetivos: Conocer el número de tuberculosis (TBC) pleural que se presentan en forma de empiema.

Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo en el que analizamos los empiemas y derrames TBC diagnosticados entre los años 2000 y 2013 en el área del Bierzo. Consideramos como caso de TBC a los pacientes con Mycobacterium tuberculosis positivo en el cultivo microbiológico, con resultados de la biopsia compatible o con ADA > 40 U/l y respuesta clínica favorable tras tratamiento antituberculoso. Consideramos como caso de empiema a los pacientes con pH 7,2 y glucemia 60 mg/dl en líquido pleural. Se definió ADA positivo cuando su valor era > 40 U/l. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS v.21.

Resultados: Se recogieron datos de 157 pacientes diagnosticados como empiema o TBC pleural. 27 pacientes fueron eliminados debido a la falta de datos analíticos. 14 pacientes adicionales fueron eliminados al no cumplir criterios ni de tuberculosis ni de empiema (6 con pH 7,2 pero glucemia > 60 mg/dl). Se seleccionaron 116 pacientes. 64 se clasificaron como tuberculosis sin empiema (edad 47, 71,9% hombres), 43 como empiema sin tuberculosis (63, 88,4%) y 9 como tuberculosis más empiema (80, 77,8%), [14% de las tuberculosis, 20,9% de los empiemas]. En los pacientes con tuberculosis el ADA fue positivo en el 95,89% de los casos. Los cultivos fueron positivos en el 30,13%. Sólo una tinción fue positiva (1,4%). La precisión del ADA para distinguir tuberculosis en los pacientes con empiema fue baja, clasificando correctamente sólo a un 42%. Los parámetros de la prueba fueron: sensibilidad 88%, especificidad 30%, LR+ 1,25, LR- 0,42, AUC en la curva ROC 0,563. Se realizaron 3 biopsias pleurales (1 no diagnóstica) y se solicitaron 2 interferón gamma (INF).

| Datos más relevantes | | | | |
|-------------------------------|------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| | Tuberculosis y empiema | Tuberculosis sin empiema | Empiema sin tuberculosis | Total |
| Edad al diagnóstico (mediana) | 80 | 47 | 63 | 61 |

| | | | | |
|-------------------------|-----------|------------|----------|-------------|
| Sexo | 7 V/2 M | 46 V/18 M | 38 V/5 M | 91 V/25 M |
| Contacto previo con TBC | 2 (22,2%) | 10 (15,6%) | 1 (2,3%) | 13 (11,21%) |
| Total | 9 | 64 | 43 | 116 |

Discusión: Aunque la técnica de confirmación diagnóstica en la TBC pleural es el cultivo del líquido pleural, su baja sensibilidad hace que un resultado negativo no excluya el diagnóstico y sean necesarias otras pruebas. Según la literatura, la determinación de ADA sería la principal prueba de cribaje a la hora de valorar la etiología del derrame. Sin embargo, de acuerdo con nuestros datos, su uso diagnóstico no sería útil en el subgrupo de pacientes con empiema. En estos casos se podría recurrir a la combinación de PCR del líquido pleural con INF.

Conclusiones: La presentación de la TBC pleural como empiema no es infrecuente en nuestro medio. La determinación positiva de ADA no tiene valor diagnóstico en el subgrupo de pacientes con empiema.