Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):325

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-032 - ESTUDIO DE LA ENFERMEDAD POR *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* (MT) EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE ÓRGANO SÓLIDO (TOS) EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO Y POLITÉCNICO LA FE DE VALENCIA

M. López González[1], M. Blanes Juliá[2], M. Salavert Lletí[2], K. Jerusalem[1], B. Arnao Recuenco[1]

[1]Medicina Interna, [2]Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Fe. Valencia.

Resumen

*Objetivos:*Conocer las diferentes formas de presentación y evolución de la enfermedad por MT en los pacientes con TOS en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe (HUP La Fe), así como determinar la prevalencia de tuberculosis (TB) en éstos, evaluar la presencia de interacciones entre fármacos tuberculostáticos e inmunosupresores y las posibles toxicidades farmacológicas.

*Material y métodos:*Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, descriptivo sobre todos los casos de TB activa en TOS del HUP La Fe desde enero 1979 a enero de 2015. Se consideraron casos definitivos de TB activa aquellos con cultivo positivo, TB activa probable a los que presentaron hallazgos histológicos sugestivos (granulomas) o tinción Ziehl-Neelsen (ZN) positiva para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) con cultivo negativo. Consideramos TB diseminada aquellas con afectación de más de dos órganos. Criterios de inclusión: pacientes con TOS con enfermedad activa por MT mayores de 14 años. Criterios de exclusión: edad menor de 14 años. Para el análisis estadístico de los datos se utilizó el programa SPSS 21 para MAC.

*Resultados:*De 5.813 pacientes trasplantados en el HUP La Fe (1979-2015), 31 (0,53%) presentaron TB. 20 (64,5%) hombres y 11 (35,5%) mujeres con una edad media de 40,95 años. La mediana de tiempo desde el trasplante al desarrollo de TB fue de 16 meses con un rango intercuartil (RI) de 4-53 meses. La mediana desde inicio de los síntomas de TB al diagnóstico fue 17 días (RI de 7-34 días). La clínica más frecuente al diagnóstico fue fiebre en un 74,2% (n = 23), disnea 29% (n = 9) y tos 25,8% (n = 8). La forma de TB más frecuente fue la pulmonar en un 54,8% (n = 17), diseminada 29% (n = 9), ganglionar 12,9% (n = 4) y peritoneal 3,2% (n = 1). El hallazgo radiológico más frecuente fue una condensación lobar en la radiografía de tórax 38,7% (n = 12). El diagnóstico de TB activa fue confirmado por cultivo de Lowenstein-Jensen en el 87,1% (n = 27), por la tinción de ZN en el 6,5% (n = 2;) y en un 6,5% (n = 2) el diagnóstico fue histológico. Las pautas de tratamiento más frecuentemente administradas fueron en un 45,5% (n = 14) la de combinación de isoniacida (INH), rifampicina (RIF), pirazinamida (PZA) y etambutol (ETB). La mediana de tiempo de tratamiento fue de 9 meses (RI de 9-12 meses). Se ajustó pauta inmunosupresora en el 87,1% (n = 27) de los pacientes por interacción con el tratamiento tuberculostático. Un paciente (3,2%) presentó rechazo del injerto durante el tratamiento. Se evidenció hepatotoxicidad en el 48% (n = 15) de los pacientes. El 16,7% (n = 5) presentaron intolerancia digestiva. Se curaron el 74,2% (n = 23) de los pacientes, el 6,5% (n = 2) presentaron secuelas y el 19,3% (n = 6) murieron a causa de la misma TB.

*Discusión:*La incidencia de TB en nuestra serie de TOS fue de 0,53%. En la población general española la incidencia es de 0,19%. El 61% de TB en TOS son por reactivación de una infección tuberculosa latente. De nuestra muestra, el 45,16% desarrolló TB en el primer año, el 21,4% PPD positivo antes del trasplante. La forma de presentación clínica y radiológica suele ser atípica. En nuestra muestra el síntoma más frecuente fue la fiebre y la imagen radiológica una condensación lobar. La forma de TB más frecuente fue la pulmonar con un 54,8%, no obstante encontramos un porcentaje importante de forma diseminada 29% y ganglionar 12,9%. La mediana de días desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico de TB fue de 17 días, podría explicarse, porque en el 45,2% de los casos el ZN fue positivo. El 87,1% de los pacientes llevó en su pauta de tratamiento RIF, sólo un 3,2% presentó rechazo por interacción con los inmunosupresores, ya que se monitorizaron los niveles de éstos. La toxicidad por tuberculostáticos es frecuente. La mortalidad por TB en TOS es mayor que en inmunocompetentes.

*Conclusiones:*La TB en TOS es más frecuente y grave (mayor mortalidad) que en los inmunocompetentes. La presentación es atípica. Existen interacciones entre el tratamiento tuberculostático e inmunosupresor. La RIF es segura si monitorizamos estrechamente el tratamiento inmunosupresor.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.