Rev Clin Esp. 2017;217(Espec Congr):969

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-118 - TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE: UNA MISMA CEPA, TRES CASOS DIFERENTES

Pagán Escribano[1], A. Pinos Blanco[1], M. Castejón Giménez[1], S. Alemán Belando[1], C. Olagüe Baño[1], M. Cutillas Pérez[1], M. Moreno Hernández[1] y M. Navarro Martínez[2]

[1]Medicina Interna; [2]Microbiología. Hospital J.M. Morales Meseguer. Murcia.

Resumen

Objetivos: Análisis descriptivo de tres casos de tuberculosis multirresistente (MDR-TB).

Material y métodos: Descripción de tres casos de MDR-TB en el Hospital Morales Meseguer de Murcia. Se presenta un resumen de historia clínica y de las pruebas complementarias realizadas. Las muestras de Mycobacterium tuberculosis (MT) fueron remitidas al Instituto de Salud Carlos III (ISC-III) para estudio genético.

Resultados: Caso 1: varón de 53 años. Fumador de 20 paquetes-año. Hábito enólico severo. Infección crónica por virus de la hepatitis C. Consultó por disnea, tos, síndrome constitucional y fiebre. En una radiografía (Rx) de tórax se observaron micronódulos y pequeñas opacidades en ambos lóbulos superiores (LLSS). En los cultivos de muestras respiratorias (CMR) y en hemocultivos se observaron bácilos alcohol-resistentes. Se identificó como MT complex. Se inició tratamiento con isoniacida (INH), rifampicina (RIF), pirazinamina (PZA) y etambutol (EMB). Mediante genotipado se identificó MT sensu stricto. El antibiograma fenotípico mostró resistencias a INH y EMB alto nivel, RIF, PZA, estreptomicina (STR) alto nivel y fluoroquinolonas (FQ). Se inició tratamiento con capreomicina (CPM), protionamida (PTM), levofloxacino (LEV), linezollid (LNZ), cicloserina (CCS), amoxicilina-clavulánico, meropenem y piridoxina (VitB6). Se solicitó bedaquilina para uso compasivo. Caso 2: mujer de 32 años, natural de Moldavia. Vive en España desde hace 17 años. Fumadora de 22 paquetes-año. En una Rx de tórax presentó una lesión cavitada (LC) en lóbulo superior derecho (LSD). En una tomografía computarizada (TC) de tórax se observaron múltiples opacidades en LLSS con una LC de 2,3 x 2,3 cm en el LSD. En los CMR creció el mismo tipo de MT que en el caso anterior, con el mismo antibiograma. Recibió tratamiento con LNZ, LEV, CCS, CPM, PTM y VitB6. CASO 3: Varón de 49 años. Hipertenso y diabético. Ingresó por tos con expectoración, malestar general, astenia y dolor torácico de un mes de evolución. En la TC de tórax se observó una LC de 2,7 cm en el LSD con afectación de la vía aérea distal. En el CMR se aisló un MT similar a los anteriores. Se inició tratamiento con LNZ, LEV, CCS, CPM, PTM y VitB6. En el estudio genético las tres muestras presentaban las mismas mutaciones: katG: S315; rpoB; rps; embB y GyrA; que se asociaban con la resistencia a INH, RIF, EMB y FQ. El estudio de fragmentos de restricción realizados en el ISC-III para las tres cepas las clasificó como idénticas. Los estudios genéticos MIRUTYPE15, MIRUTYPE17 y spologotiping también obtuvieron patrones idénticos. Ninguno de los tres pacientes compartían antecedentes epidemiológicos. Ninguno había recibido tratamiento previo para TBC.

Discusión: La TBC es una de las enfermedades infecciosas más importantes. La MDR-TB está causada por un bacilo resistente al menos a la INH y RIF. El tratamiento de la MDR-TB es complejo. Requiere la utilización de fármacos alternativos menos eficaces y peor tolerados. El pronóstico depende las pautas terapéuticas empleadas, el grado y tipo de resistencia, y la presencia o no de comorbilidad. En los tres casos nos encontramos ante una tuberculosis pre-extremadamente resistente. La MDR-TB y la extremadamente resistente (XDR) están entre nosotros. Es esencial la coordinación entre clínicos, microbiólogos y epidemiólogos para evitar su diseminación.

Conclusiones: 1. En el caso 1 las múltiples comorbilidades pudieron influir en el curso clínico. 2. La rápida identificación de MDR-TB y XDR-TB es fundamental para su control. 3. Los métodos moleculares para la detección de mutaciones asociadas con resistencias a los antituberculosos parece la mejor alternativa. 4. Son necesarios ensayos clínicos controlados para establecer recomendaciones terapéuticas para el manejo de la MDR-TB. 5. El diagnóstico y el tratamiento precoz continúan siendo el factor decisivo para la prevención de la tuberculosis.

0014-2565 / © 2017, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.