



188 - DESCRIPCIÓN DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TRATAMIENTO BIOLÓGICO EN NUESTRO HOSPITAL EN EL PERÍODO 2018-2020

Sara Rodríguez Arboleya, Paula García González, Diego López Martínez, Ana María Álvarez Suárez, Carlos Rodríguez Lucas, Sara Rodríguez Vega, Lucía Pérez Casado y Sagrario María Santos Seoane

Hospital Universitario de Cabueñes, Gijón.

Resumen

Objetivos: El riesgo de tuberculosis (TBC) esta aumentado en pacientes con enfermedades inflamatorias crónicas que reciben terapia biológica, recomendándose despistaje de infección tuberculosa latente (ITL) mediante el uso de IGRA, tuberculina y radiografía torácica. Nuestro objetivo es describir los casos de TBC en pacientes con terapia biológica diagnosticados en nuestro hospital en un período de cuatro años con el fin de observar las características de los casos observados.

Métodos: Descripción de los casos de TBC en pacientes con tratamiento biológico. Período 2018-2020.

Resultados: Caso 1. Mujer, 20 años. Enfermedad de Crohn (EC) con infliximab (descartada ITL). Fiebre y dolor abdominal. En TAC, adenopatías retroperitoneales y patrón miliar. Biopsia de adenopatía periférica, con PCR positiva. Evolución tórpida pese a inicio de tuberculostáticos, con aparición de fistulizaciones en zona de adenopatías biopsiadas, y de absceso de psoas y muslo, precisando drenaje y limpieza extensa con resección de múltiples adenopatías necrosadas retroperitoneales. Completados 18 meses de tratamiento (5 intravenoso, ante la posibilidad de malabsorción). Caso 2. Varón, 76 años. Linfoma con rituximab sin descartar ITL previa. Consulta por fiebre. Radiografía con sospecha de neumonía nosocomial por ingreso reciente, iniciándose meropenem y linezolid. Ante mala evolución se solicitan baciloscopias en esputo, resultando positivas, siendo el paciente *exitus* pese a inicio de tuberculostáticos. Caso 3. Mujer, 38 años. EC con adalimumab (descartada ITL). Consulta por tos presentando cavitación en la radiografía. PCR en esputo positiva. Cultivo de esputo positivo tras 2 meses de tratamiento específico, manteniéndose este 9 meses. Caso 4. Mujer, 40 años. Colitis ulcerosa y espondiloartropatía axial con certolizumab (descartada ITL). Consulta por fiebre, presenta infiltrado hiliar derecho. En TAC, nódulos y adenopatías hiliares. Biopsia de lesiones pulmonares con PCR positiva. Tratamiento tuberculostático 18 meses por afectación extensa. Caso 5. Mujer, 28 años. Artritis reumatoide con adalimumab (descartada ITL). Consulta por tos siendo contacto de paciente con tuberculosis bacilífera. En radiografía, infiltrado derecho. PCR positiva en esputo. Tratamiento tuberculostático durante 6 meses.

Conclusiones: Se diagnosticaron cinco casos: tres, enfermedad inflamatoria intestinal; uno, linfoma;

otro, artritis reumatoide. Dos recibían adalimumab, uno infliximab, uno certolizumab, uno rituximab. En cuatro descartada ITL antes de iniciar el biológico. Aquellos que no tuvieron contacto tuberculoso desarrollaron la enfermedad en torno a un año tras inicio del tratamiento. La presentación de los casos fue: uno de ellos, forma diseminada; cuatro, afectación torácica exclusiva. Todos salvo el caso 5, evolución tórpida y atípica, uno con desenlace fatal precoz, precisando el resto prolongar la duración del tratamiento. La detección de ITL y el tratamiento específico son obligados para reducir el riesgo de tuberculosis en pacientes que van a recibir terapias biológicas, aunque esto no implica una protección total frente al desarrollo de la enfermedad. Con rituximab no es obligatorio descartar ITL. La mayoría nuestros casos desarrollaron enfermedad de forma precoz pese al despistaje inicial. La pregunta que surge es, ¿debería descartarse ITL de forma periódica tras inicio de biológico? ¿Cada cuánto? En caso de ser así y detectarse ITL, ¿debería suspenderse el tratamiento?