



A-143. - APLICACIÓN DE UNA PRUEBA DE DETECCIÓN DE INTERFERÓN-GAMMA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD TUBERCULOSA

S. Hueso Monge¹, E. Pérez Escolano², J. Gutiérrez Rodríguez³, E. Menor Campos¹, F. Barrera García², M. Pujante Martínez², M. López Rodríguez-Medina², M. López Prieto²

¹Unidad de Gestión Clínica de Medicina Interna, ²Unidad de Gestión Clínica de Microbiología y Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Jerez de la Frontera. Jerez de la Frontera (Cádiz). ³Unidad de Gestión Clínica de Medicina Preventiva, Vigilancia y Promoción de la Salud. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Objetivos: Determinar la sensibilidad del QuantiFERON[®]-TB Gold In-Tube (QFN-GIT) en la enfermedad tuberculosa y establecer la concordancia entre la prueba de la tuberculina (PT) y el QFN-GIT en estos enfermos.

Métodos: Estudio de observación prospectivo, transversal de pacientes inmunocompetentes que acuden a consulta y son diagnosticados de tuberculosis (TB). Período: 01/06/2008 a 31/05/2012. Se recogieron datos demográficos, clínicos, PT, QFN-GIT, radiografía de tórax y micobacterias (baciloscopia y cultivo) en muestras clínicas. La PT se realizó con la técnica de Mantoux, se consideró positiva cualquier induración mayor o igual a 5 mm. Se definió como vacunado con BCG la presencia de cicatriz sugestiva. Para el análisis de la concordancia se utilizó el índice kappa de Cohen.

Resultados: Se estudiaron 177 pacientes. La edad media fue de 40,2 años (DE: 17,8; rango: 1-85). Varones: 68%. Vacunados con BCG: 46%. El diagnóstico de TB pulmonar fue el más frecuente. El cultivo fue positivo para Mycobacterium tuberculosis (MTB) en 97 pacientes. En pacientes con TB activa con tratamiento aún no iniciado el QFN-GIT fue positivo en 121/172 (70,3%), 3 paciente tuvieron un resultado indeterminado, mientras que la PT se realizó en 130 de los 177 pacientes obteniendo un resultado positivo en 101 (77,7%). El valor medio de la PT en los pacientes positivos fue de 16,6 mm (DE: 6,7). QFN-GIT fue positivo en los pacientes con TB confirmada por cultivo en 68/93 (73,1%) mientras que la PT lo fue en 48/58 (82,8%). En los pacientes donde el diagnóstico fue clínico el QFN-GIT resultó positivo en 53/79 (67,1%) y la PT en 53/72 (73,6%). De los 127 pacientes que se dispuso de las dos pruebas, la PT fue positiva en 98 (77,2%) y QFN-GIT fue positivo en 88 (69,3%), la sensibilidad combinada de ambas pruebas fue de 86,6%. La concordancia global entre ambas pruebas fue de 73,2% con un Kappa de 0,32 (IC95%: 0,14-0,50).

Discusión: En nuestro trabajo la sensibilidad global del QFN-GIT en enfermos de tuberculosis fue del 70,3%, similar a la de otros estudios ya publicados. La concordancias sólo lo pobre entre la PT y la prueba del QFN-GIT podría justificarse porque no miden exactamente el mismo fenómeno: los test de IFN-g estudian principalmente la respuesta rápida efectora de las células T frente a antígenos micobacterianos, mientras que la PT mide tanto la respuesta efectora de las células T como la

respuesta de las células T de memoria, al ser una reacción de hipersensibilidad retardada y además utiliza como antígeno un extracto de diferentes antígenos micobacterianos, no sólo de MTB.

Conclusiones: La PT muestra mayor sensibilidad que QFN-GIT en enfermos con TB activa en el momento del diagnóstico. La concordancia entre ambas pruebas fue pobre. QFN-GIT puede ser una herramienta complementaria junto con la PT en el diagnóstico de la TB activa, mientras se obtienen resultados de cultivos micobacterianos, ya que un resultado positivo refuerza el diagnóstico de tuberculosis. Son necesarios estudios más amplios para conocer mejor el verdadero papel del QFN-GIT en el diagnóstico de la tuberculosis activa.