Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):128

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

A-53. - TUBERCULOSIS PLEUROPULMONARES DIAGNOSTICADAS EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA- SECCIÓN A

E. Martínez Litago[1], I. Villar García[1], S. Pérez Ricarte[1], V. Fernández Ladrón[2], J. Rojo Álvaro[1], J. Oteiza Olaso[1], C. García Labairu [1]

[1]Servicio de Medicina Interna. Hospital de Navarra. Pamplona/Iruña (Navarra).[2]Servicio de Medicina Interna. Hospital García Orcoyen. Estella (Navarra).

Resumen

Objetivos: Análisis descriptivo de los pacientes diagnosticados de tuberculosis (TBC) con afectación respiratoria en los últimos 12 años.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisaron los casos de TBC según el registro del Servicio de Salud Pública de Navarra. Se recogieron variables demográficas, Mantoux, radiología, estudio microbiológico (baciloscopia, cultivo, PCR), anatomía patológica, tratamiento realizado, especialidad que realiza el diagnóstico, presentación clínica y factores de riesgo (procedencia extranjera, VIH, tratamiento inmunosupresor).

Resultados: Se obtienen 224 casos con afectación exclusivamente respiratoria, 197 casos de TBC pulmonar (58% de Neumología), 20 casos de TBC pleural (83% de Neumología), 5 casos con afectación concomitante pulmonar y pleural y 43 casos de afectación pulmonar y diseminación miliar (53% de Infecciosas). Todos los casos con afectación pulmonar y/o pleural presentaron alteración radiológica excepto 9 casos de afectación pulmonar en estudio por hemoptisis y/o síndrome catarral, y 14 casos que no aparecen recogidos en la historia. La prueba de Mantoux aparece registrada en el 43% de los casos de afectación respiratoria (pulmonar, pleural o mixta), siendo el 90% positivos. En el caso de afectación pulmonar y miliar se recoge el resultado del 11% de los casos siendo todos negativos. La baciloscopia fue positiva en el 55% de los casos de afectación pulmonar, 15% en afectación pleural, 33% en afectación pleuropulmonar, y 70% en afectación miliar. El cultivo para micobacterias fue positivo en el 100% de las muestras enviadas en afectación pleuropulmonar; 45% en TBC pleural; 92% positivos en afectación pulmonar; y en afectación pulmonar y miliar el resultado fue positivo en el 100% de los cultivos realizados. En aquellos casos con cultivo negativo se confirmó el diagnóstico por anatomía patológica o por alta sospecha clínica. Se registró el tratamiento de 157 casos, con buen cumplimiento y escasas reacciones adversas, realizando cuádruple terapia (isoniazida, rifampicina, piracinamida y etambutol) el 42% de los casos con afectación respiratoria y el 25% de los casos con afectación pulmonar y miliar. En relación a factores de riesgo, 54 casos tenían procedencia extrajera (61% de Neumología), y 24 casos con afectación pulmonar y miliar presentaban diagnóstico previo o concomitante de infección por VIH (100% de enfermedades infecciosas). Un único caso se relacionó con tratamiento inmunosupresor.

Discusión: Destaca la alta rentabilidad de la radiología simple, baciloscopia y cultivo ante la sospecha de infección tuberculosa respiratoria. La incidencia fue mayor en el año 2000 con 40 casos/año produciéndose

una disminución lenta pero progresiva siendo la incidencia en los últimos años entorno a 15 casos/año. Resalta el uso de la cuádruple terapia a pesar de baja tasa de resistencias, incluso en pacientes de procedencia extranjera. Únicamente 3 casos presentaron resistencia a Isoniazida, 2 de procedencia extranjera y siendo uno multirresistente. La tasa de mortalidad por causa directa fue mínima, sólo 3 fallecimientos, 2 por infección diseminada.

Conclusiones: 1. El diagnóstico de TBC pleuropulmonar fue más frecuente en Neumología. 2. Los casos de TBC diseminada en paciente con VIH se diagnosticaron en Infecciosas, siendo menos rentables las pruebas complementarias a excepción del cultivo. 3. Ante la sospecha clínica de TBC respiratoria, aun en ausencia de factores de riesgo, es altamente rentable la solicitud de Mantoux, radiografía de tórax, baciloscopia y cultivo, siendo menos rentable en caso de TBC diseminada.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.