



I-179 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE INFECCIOSAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Castellano Candalija¹, C. Herrero Gil¹, M. Palomar Pampyn¹, M. Arcos Rueda¹, A. Rico Nieto², J. Ramos Ramos², M. Loeches Yague² y B. Díaz-Pollán²

¹Medicina Interna, ²Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Resumen

Objetivos: La tuberculosis es una de las principales causas de muerte en el mundo. La incidencia de tuberculosis en España es de 10 casos por 100.000 habitantes en 2016. Uno de cada 4 casos corresponde a una presentación extrapulmonar. Pocas series analizan el comportamiento de esta manifestación. El objetivo de nuestro estudio es describir la epidemiología, factores de riesgo, características clínicas, tratamiento y evolución de esta presentación.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo, de todos los pacientes con diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar seguidos en la Unidad de Enfermedades infecciosas del Hospital Universitario La Paz desde enero de 2017 hasta mayo de 2018. Se incluyeron datos: demográficos, comorbilidades, clínicos, diagnósticos, terapéuticos y de evolución. Análisis estadístico mediante SPSS 20.0.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes, la edad media $43 \pm 18,5$ años, 9 mujeres/14 varones. Al diagnóstico 10 pacientes se encontraban ingresados. 9 pacientes eran autóctonos y 14 inmigrantes, sin indigencia ni institucionalización. Los factores de riesgo más frecuentes fueron inmigración (11), tabaquismo (6), viajes de riesgo (4), VIH (4), hiponatremia (4), tratamiento inmunosupresor (4) y trasplante (1). 5 pacientes presentaban coinfección por VIH, 4 por VHB y ninguno por VHC. 16 sujetos tenían presentación unifocal, 7 presentación multifocal. La afectación ganglionar fue la presentación unifocal más frecuente (13), afectación ósea (4) y afectación digestiva (3). La afectación multifocal fue: 2 cerebrales y miliar, 1 caso ósea, ganglionar y hepática; 2 casos ganglionar y digestiva; 1 caso afectación de serosas; 1 caso afectación de médula ósea. Para el diagnóstico se utilizó: Mantoux en 16 pacientes, + en 11; Quantiferon en 4 pacientes, 2 con mantoux -; Xpert MTB/Rif[®] en 15 pacientes, + en 11; cultivo de micobacterias en 21 sujetos, 16 +; 3 pacientes presentaron resistencias a fármacos: 1 isoniazida, 1 isonizida y rifampicina, y 1 isonizida, rifampicina y etambutol. 12 pacientes tuvieron una muestra de anatomía patológica con granulomas necróticos. 21 pacientes fueron tratados con cuádruple terapia, 2 con triple terapia tras el cultivo. En el seguimiento 7 pacientes presentaron efectos secundarios, toxicidad digestiva (4), 3 casos de hepatitis. La duración del tratamiento fue de 6 meses para 8 sujetos, 12 meses en otro. En el momento actual, 12 pacientes continúan en terapia. Hubo 2 exitus y ninguna recaída.

Discusión: Nuestra población es joven para la manifestación analizada. En la población inmigrante la incidencia de la enfermedad en sus países de origen, junto con condiciones más desfavorables de

vida les expone en edades más tempranas a una primoinfección que conlleva al desarrollo de una infección extrapulmonar más precoz. En la población autóctona, la inmunosupresión condiciona la aparición de esta manifestación tuberculosa en edades más tempranas. Pese a estas diferencias el diagnóstico, tratamiento y la evolución de los pacientes es similar. Los ganglios linfáticos es el sitio más afecto, aunque los órganos diana pueden ser diversos justificando la necesidad de un estudio dirigido. El cultivo de micobacterias es la prueba estándar para el diagnóstico, otros procedimientos como la identificación de granulomas o realización de pruebas diagnósticas rápidas tipo Xpert ayudan a la valoración final. El tratamiento de elección sigue siendo la cuádruple terapia. No hemos objetivado complicaciones graves relacionadas con la toxicidad de los fármacos. Hasta el momento tampoco hemos apreciado fracasos con el tratamiento utilizado.

Conclusiones: La enfermedad extrapulmonar por M. tuberculosis es una entidad importante en nuestro medio, cuyo espectro de manifestaciones es múltiple, por lo que se considera necesario realizar un diagnóstico dirigido en aquellos pacientes con factores predisponentes y clínica compatible. El tratamiento de primera línea sigue siendo el régimen más eficaz para su tratamiento.