



I/H-018 - TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR: CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS E IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR VIH

A. González¹, A. Domínguez¹, J. Fortún², M. Vivancos², G. López¹, S. Chamorro¹, I. Barbolla¹, S. Moreno²

¹Servicio de Medicina Interna. ²Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

Resumen

Objetivos: La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es un factor de riesgo para la adquisición de tuberculosis (TB). El riesgo de TB extra-pulmonar (TBEP) es superior en esta población en relación con la inmunosupresión. El objetivo de nuestro estudio fue analizar las diferencias clínicas y evolutivas de una cohorte de pacientes con TBEP, analizando el impacto de la infección del VIH en la enfermedad tuberculosa.

Métodos: Se revisaron todos los diagnósticos de TB en nuestro hospital en el periodo 1995-2013. Se realizó un seguimiento posterior hasta que el paciente finalizara tratamiento, presentara recidiva o falleciera. El diagnóstico se basó por uno de los siguientes supuestos: aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis* en cualquier muestra clínica; técnicas alternativas a las microbiológicas (histología, ADA, PCR); cuadro clínico altamente sugestivo con cultivos negativos y buena respuesta a tratamiento antituberculoso exclusivamente.

Resultados: Del total de los 1284 casos de TB, 617 casos tuvieron TBEP (48%). De ellos, 180 pacientes (29%) eran VIH positivos. La mediana de CD4 fue de 94 células/μL (rango 49-180 células/μL) y la carga viral fue de 158489 copias/mL (rango 85.000-316.227 copias/mL). En situación de inmunodepresión severa (< 50 CD4) se encontraban un total de 55 pacientes (31%). Los pacientes VIH fueron más jóvenes (36 vs 52 años, $p < 0,001$), autóctonos (89% vs 74%, $p < 0,001$), con historia previa de adicción a drogas endovenosas (19% vs 0, $p < 0,001$), alcohol (24% vs 13%, $p < 0,001$) y coinfectados con mayor frecuencia por el VHC (57% vs 5%, $p < 0,001$). Respecto a la clínica, se observó una mayor predominancia de fiebre (88% vs 48%, $p < 0,001$) y de pérdida ponderal en los pacientes VIH (63% vs 34%). Además, en este grupo, fueron más frecuentes las manifestaciones clínicas derivadas de la afectación pulmonar concomitante (73% vs 27%, $p < 0,001$), siendo la forma miliar exclusiva de estos pacientes. En el resto de formas apenas hubo diferencias, excepto en las afectaciones ganglionares (53% vs 35%, $p < 0,001$) y del SNC (12% vs 4%, $p = 0,002$) con mayor tendencia a aparecer en sujetos VIH. Por contra, las formas pleurales aparecieron con mayor frecuencia en el paciente no VIH (26% vs 6%, $p < 0,001$). Los pacientes VIH fueron más bacíferos (40% vs 27%, $p = 0,007$) y presentaron menores tasas de curaciones microbiológicas (62 vs 74%, $p = 0,05$), con mayor frecuencia de exitus asociado a TB (16% vs 5%, $p < 0,001$). En el análisis multivariante para estimar qué variables se relacionaron con la mortalidad atribuida a TB se observó que la edad (OR 1,04 IC95% [1,01-1,06]), la cirrosis (OR 2,6 IC95% [1,2-5,4]), el tratamiento previo con corticoides (OR 3 IC95% [1,1-8,3]), la TB miliar (OR 2,64 IC95% [1,3-5,5]), TB abdominal (OR

3,4 IC95% [1,27-5,4]), la TB meníngea (OR 4,2 IC95% [1,7-10,5]) y la infección por el VIH (OR 5,1 IC95% [1,7-15,5]) se relacionaron con un aumento de la mortalidad por TB ajustado por el resto de factores.

Conclusiones: En nuestra experiencia se observaron dos perfiles de pacientes con TBEP bien diferenciados atendiendo a la condición de infección por el VIH. En este subgrupo de paciente predominaron las formas clínicas meníngeas, ganglionares y miliars. La infección por VIH se asocia a peores tasas de curación y mayor mortalidad, ajustada por el resto de variables, en los pacientes con TBEP. Estos pacientes deben ser estrechamente vigilados por su peor evolución.