Rev Clin Esp. 2016;216(Espec Congr):1173

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-160 - TUBERCULOSIS: UNA ENFERMEDAD SIEMPRE DE ACTUALIDAD

A. Novoa, E. Urdiales, A. Dávila, M. Fragiel, L. Moreno, R. Lana

Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

*Objetivos:*La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa, de las más antiguas conocidas por el ser humano, y una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial. Está causada por la bacteria *Mycobacterium tuberculosis* Complex, con afectación principalmente pulmonar, pudiendo propagarse a otros órganos. El mecanismo de transmisión suele producirse por vía aérea, mediante la expulsión de bacilos a través de la tos o estornudos. Medimos la prevalencia de TB en pacientes hospitalizados, analizamos su asociación a factores predisponentes (clínicos, epidemiológicos, microbiológicos), las distintas formas de presentación y el tratamiento administrado.

*Material y métodos:*Se realizó un estudio retrospectivo observacional analizando los datos del Conjunto Mínimo Básico de Datos de los pacientes ingresados en Hospital Clínico San Carlos de Madrid, hospital de nivel terciario. Se analizaron los datos de los años 2013 al 2015, con diagnóstico al alta de TB.

*Resultados:*Se obtuvieron 116 casos, con edad media de 47,3 años, y mayor afectación del sexo masculino (61,2%, n = 71) frente al femenino (38,8%, n = 45). La forma de presentación fue pulmonar en el 70,68% (n = 82); en menor frecuencia la pleural (13,8%, n = 16), ganglionar (10,3%, n = 12), miliar (6%, n = 7), y otras extrapulmonares (10,3%, n = 12). Se observó afectación de más de un órgano diana en 17,2% (n = 20). Respecto a factores de riesgo predisponentes destaca la población inmigrante (43,1%, n = 50), siendo 24,2% (n = 28) latinoamericanos, 8,6% (n = 10) de Europa del Este, 8,6% (n = 10) africanos y 1,7% (n = 2) asiáticos. La comorbilidad con enfermedades asociadas a inmunosupresión estaba presente en un 37,9% (n = 44), en relación a tumores (n = 8), diabetes mellitus (n = 8), insuficiencia renal crónica (n = 8), VIH (n = 7), virus hepatitis C (n = 6), enfermedades autoinmunes (n = 4), trasplantes renales (n = 2) y malnutrición (n = 1); así como inmunosupresión por fármacos en un 20,68% (n = 24) por citostáticos (n = 10), antirretrovirales (n = 5), biológicos (n = 2), inmunosupresión en trasplante renal (n = 2), y corticosteroides (n = 9) cuyo uso estaba asociado con otro fármaco inmunosupresor en cuatro casos. Se evaluó el riesgo por institucionalización (n = 11), exposición profesional (n = 5) y abuso de sustancias tóxicas (n = 15). El diagnóstico microbiológico se obtuvo por cultivo de esputo, aspirado broncoalveolar u otros cultivos. En la afectación pulmonar un 71,95% presentaba cultivo de esputo positivo (n = 59), de los cuales un 52% (n = 43) eran bacilíferos, y en un 6,8% no se trataban de *Mycobacteryum tuberculosis* (n = 4). En la afectación pleural un 50% obtuvieron cultivo positivo en líquido pleural, mientras que en la extrapulmonar fue 29,16% en LCR, orina o biopsia ganglionar. En los que se realizó Mantoux durante el ingreso, por no tener previo positivo, fue positivo en un

68,62% (n = 35). Un 12% (n = 14) fue reactivación de TB previa y el 88% restante, primoinfección. El 87% (n = 102) se trató con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol (RIPE). La mortalidad fue 6% (n = 7).

*Discusión:*La TB es todavía una enfermedad que presenta elevada incidencia en nuestro país, debido a dos principales factores: el aumento de inmigración de países con mayor prevalencia de TB, y la inmunosupresión asociada a fármacos y a enfermedades tales como VIH, tumores, trasplantes o diabetes. Se ha visto una relación estrecha entre la enfermedad y las condiciones de salubridad, así como un número no despreciable de pacientes con exposición profesional, a pesar de las medidas de prevención en centros sanitarios. El Mantoux es una de las pruebas imprescindibles, si bien su negatividad no excluye la TB activa (aunque no disponíamos de Mantoux realizado en el 100% de los pacientes). La mayoría recibió tratamiento de primera línea (RIPE) y un pequeño porcentaje requirió asociar fármacos de segunda línea, ya fuese por resistencia o por alergia.

*Conclusiones:*La TB se debe plantear como diagnóstico diferencial en pacientes pluripatológicos, inmunodeprimidos o procedentes de países con mayor incidencia de TB con síntomas respiratorios, debido al impacto sanitario actual. Es necesario un diagnóstico y tratamiento precoz para disminuir el número de contactos y la elevada mortalidad. Es importante mejorar las medidas de aislamiento para disminuir la exposición en profesionales sanitarios.

0014-2565 / © 2016, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.