



Revista Clínica Española



<https://www.revclinesp.es>

I-140 - CARACTERÍSTICAS DE LA TUBERCULOSIS PLEURAL EN PACIENTES CON INFECCIÓN VIH

C. Acosta García, S. Bielsa Martín y J. Porcel Pérez

Unidad de Medicina Pleural. Medicina Interna. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

Resumen

Objetivos: Comparar en una serie de tuberculosis (TB) pleural, los datos epidemiológicos, bioquímicos del líquido pleural (LP) y microbiológicos, en función de la existencia, o no, de co-infección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de 312 TB pleurales consecutivas diagnosticadas en nuestro centro entre 1992 y 2017. Se recogieron los siguientes datos: Mantoux, serología VIH, resultados de Ziehl Nilsen (ZN) y cultivo Lowenstein en esputo y LP, tamaño y localización del derrame pleural (DP) por radiografía de tórax, y bioquímica del LP (hematíes, recuento total y diferencial de leucocitos, glucosa, proteínas, lactato deshidrogenasa (LDH), adenosina deaminasa (ADA) y pH). Se consideraron TB confirmadas aquellas con demostración microbiológica o granulomas en una biopsia pleural; la TB fue clasificada como probable si existía un exudado linfocitario con ADA > 35 U/L que se resolvía con tratamiento antituberculoso.

Resultados: Se analizaron 312 pacientes, con una mediana de edad de 33 años, de los que el 71% eran varones. Un 10% tenían una infección VIH y el 40% una TB pleural confirmada. Los cultivos de esputos para Mycobacterium tuberculosis y la variable combinada de cualquier aislamiento (en esputo o LP) fueron con más frecuencia positivos en el grupo de infectados por VIH (50% vs 25%; $p = 0,02$, y 58% vs 28%; $p = 0,01$). No hubo diferencias entre co-infectados o no con VIH en cuanto a sexo, edad, Mantoux positivo (78% del global) o existencia de fiebre (74% del global). Los pacientes con VIH presentaron DP más pequeños: 88% vs 56% ($p = 0,01$) ocupaban un tercio o menos del hemitórax en una radiografía de tórax. Sin embargo, la localización (derecha, izquierda o bilateral) fue similar en ambos grupos (con y sin infección VIH). Los niveles de hematíes y proteínas se encontraron significativamente más elevados en los LP de pacientes VIH, pero no se encontraron diferencias en el resto de variables bioquímicas.

	TB sin VIH	TB con VIH	p	Global
Hematíes LP, /?L	2.120 (800-4.200)	4.900 (.1700-9.800)	0,01	2.240 (850-5.335)
Proteínas LP, g/dL	5,4 (4,9-5,7)	5,8 (4,9-6,6)	0,032	5,3 (4,8-5,7)

ZN esputo +	23/177 (13)	5/22 (23)	0,206	30/215 (14)
Cultivo esputo +	45/178 (25)	11/22 (50)	0,022	60/217 (28)
ZN LP +	6/222 (3)	0/24	0,779	8/266 (3)
Cultivo LP +	33/227 (15)	6/24 (25)	0,23	43/271 (16)
Cualquier aislamiento (esputo o LP)	68/240 (28)	15/26 (58)	0,003	90/289 (31)

Discusión: Generalmente, la población bacilar en la TB pleural es pequeña, lo que comporta una baja rentabilidad de los estudios microbiológicos. Sin embargo, en los pacientes con infección VIH es más frecuente confirmar la existencia de TB con los cultivos habituales.

Conclusiones: En nuestra serie, la TB pleural con co-infección VIH se presenta con DP más pequeños, más hemáticos y con más proteínas en el LP. Además, el diagnóstico microbiológico, en esputo o en cualquier aislamiento, es más frecuente.