



## I-141 - PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA TUBERCULOSIS GANGLIONAR EN POBLACIÓN INMIGRANTE

M. Martínez Lacalzada<sup>1</sup>, M. Hernando Redondo<sup>1</sup>, J. Díaz Álvarez<sup>1</sup>, J. Fortún<sup>2</sup>, J. Bernal Maurandi<sup>1</sup>, G. Starita<sup>1</sup>, M. Rosas<sup>1</sup> y A. González García<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Medicina Interna; <sup>2</sup>Enfermedades infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Durante la última década se ha producido un aumento en el número de casos de tuberculosis extrapulmonar, siendo la tuberculosis ganglionar (TBG) la entidad más frecuente. Los cambios migratorios actuales condicionan variaciones en la presentación y en la epidemiología de esta patología. El objetivo de este estudio es evaluar el perfil clínico y epidemiológico de la TBG en pacientes inmigrantes atendidos en un hospital terciario.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo realizado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, se analizaron los casos con diagnóstico de TBG en el período 1995-2016, según criterios establecidos: Aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*, histología compatible, técnicas de biología molecular positivas y/o cuadro clínico sugestivo con cultivos negativos y buena respuesta al tratamiento antituberculoso. Se establecieron dos períodos de tiempo para analizar tendencias (1995-2005 y 2006-2016).

**Resultados:** Se analizaron un total de 252 casos diagnosticados de TBG, 65 en población inmigrante (26%). A pesar de una disminución de la enfermedad a lo largo del estudio (159 casos entre 1995-2005, 93 entre 2006-2016), se observó un incremento de TBG en inmigrantes en los últimos años (16% vs 43%,  $p = 0,001$ ). América del Sur fue el origen más frecuente con 36 casos (14%), 12 en el primer período y 24 casos en el segundo ( $p < 0,001$ ), siendo Ecuador el país con más casos, 24% del total de inmigrantes. La distribución por sexos fue similar en ambas poblaciones (48% vs 52%), con mayor población femenina en inmigrantes (60% vs 40%,  $p = 0,08$ ). La mediana de edad en autóctonos fue de 51 años (rango 32-70), siendo menor en inmigrantes, con 37 años (rango 24-50). En global, hay una población inmigrante más joven (37 vs 51 años,  $p < 0,001$ ). Los pacientes autóctonos presentaron mayor porcentaje de coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (45% vs 18,5% en inmigrantes,  $p < 0,001$ ), coinfección por el virus de la hepatitis C (VHC) (28 vs 1,5%,  $p < 0,001$ ), hepatopatía crónica (21% vs 0%,  $p < 0,001$ ) y uso previo de drogas por vía parenteral (28,9% vs 0%,  $p < 0,001$ ). Hay un protagonismo significativo de estos factores en el primer período en ambas poblaciones, con un marcado descenso en el segundo. La presencia de fiebre diaria asociada a TBG se dio con más frecuencia en población autóctona (53% vs 25%,  $p < 0,001$ ), con una afectación pulmonar concomitante más frecuente en autóctonos (33% vs 20%,  $p = 0,046$ ), de igual modo que la afectación miliar (19% vs 6%,  $p = 0,011$ ). Tanto la fiebre diaria como la afectación miliar y pulmonar se reducen con el tiempo en las dos poblaciones. Respecto a las pruebas diagnósticas, hay diferencias entre autóctonos e inmigrantes en el aislamiento de

*Mycobacterium tuberculosis* en cultivo de muestras obtenidas mediante punción aspirativa (PAAF) (80% vs 62%,  $p = 0,027$ ). Con tendencia a mayor rentabilidad de la PCR en orina en inmigrantes (30% vs 35%,  $p = 0,70$ ). Destaca una mayor tendencia a la presencia de resistencias a un fármaco en inmigrantes (17,1% vs 9%  $p = 0,170$ ), más entre 1995 y 2005. Sin embargo, detectamos mayor proporción de multiresistencias en autóctonos, con 4 pacientes TB-XDR (1,6%) sin ningún aislado en inmigrantes, y 8 pacientes con TB-MDR (3,2%), 5 de ellos en autóctonos. Se documentaron 42 casos (17%) con pérdida de seguimiento, en mayor proporción en población inmigrante (22% vs 15%,  $p = 0,21$ ). Aunque se observa mayor tendencia a la finalización del tratamiento en el colectivo inmigrante (79% vs 87%,  $p = 0,21$ ) hay una leve tendencia a mayor fracaso terapéutico en inmigrantes (9% vs 7%,  $p = 0,6$ ).

*Conclusiones:* A pesar de una disminución en los casos globales de TBG, se observa un aumento progresivo en población inmigrante. Nuestro estudio refleja dos poblaciones con marcadas diferencias: El colectivo inmigrante se caracteriza por ser, con más frecuencia, mujeres jóvenes procedentes de América del Sur, con menos comorbilidades (VIH, VHC, hepatopatía crónica, UDVP) y menor afectación sistémica, describiéndose menor proporción de multiresistencias farmacológicas y una mayor adherencia al tratamiento en comparación con la población autóctona.