

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE A FÁRMACOS. A PROPÓSITO DE CUATRO CASOS EN UNA MISMA FAMILIA

Centro de trabajo: Hospital Carlos III Madrid

Autores: Beatriz Soto, Farah Abuabara, Katie Aguilar, Julián Villota, Milagros García Hortelano, Carlos Toro, M^a José Mellado

Texto:

OBJETIVO: Destacar el aumento de incidencia y la importancia en el diagnóstico y tratamiento precoz y guiado por un experto, de la tuberculosis causada por cepas de *Micobacterium tuberculosis* multirresistentes a fármacos de 1^a línea, por la gravedad que conlleva y repercusión en Salud pública.

MÉTODO: Evaluación inicial, diagnóstico y pauta terapéutica de 4 hermanos convivientes con un caso índice de tuberculosis multirresistente (TBMR) y seguimiento durante los primeros 24 meses.

RESULTADOS: Se presentan cuatro niños de 5, 6, 8 y 9 años remitidos para estudio de contacto por convivencia estrecha con cuidadora originaria de Perú, diagnosticada de TBMR (resistente a isoniazida, rifampicina, etambutol, etionamida y rifabutina) y bacilífera, ingresada en situación grave. Tres niñas, de 5, 8 y 9 años se encuentran asintomáticas y con exploración normal; mantoux de 15, 10 y 9 mm de induración respectivamente, radiografía de tórax y analítica normales. Se diagnostican de infección tuberculosa latente (ITBL) iniciando terapia con Levofloxacino y Pirazinamida (cepa sensible a ambos) durante 12 meses, con buen cumplimiento y tolerancia, sin evidencia de reacciones adversas ni síntomas de evolución a enfermedad durante el seguimiento. El 4^o niño de 6 años refiere tos de dos semanas de evolución, sin otra sintomatología con exploración física normal; mantoux de 15mm y radiografía de tórax con imagen nodular en LSD, que se confirma con TAC helicoidal: nódulo en segmento anterior de LSD de 6x7x8mm evidenciándose además adenopatía paratraqueal derecha de 12mm sugerente de tuberculosis. Analítica normal, jugos gástricos (x3): BK negativa y quantiferón positivo. Con el diagnóstico de TB Pulmonar MR se inicia terapia de inducción con 5 fármacos de sensibilidad conocida durante 4 meses: Pirazinamida (PZ), Cicloserina (CS), Levofloxacino (LV), Linezolid (LZ) (en uso compasivo) y Amikacina IM diaria los 2 primeros meses, cuando se reciben los primeros cultivos negativos, cambiando a pauta alterna hasta completar 4 meses (al confirmar segundos cultivos negativos). Se continuó con los 4 fármacos restantes hasta los 12 meses, decidiendo retirar entonces LZ, y mantener PZ+LV+CS hasta completar 18 meses. El cumplimiento ha sido excelente y sólo se objetivó hipotiroidismo subclínico transitorio probablemente secundario a Cicloserina, sin otras reacciones adversas a los fármacos recibidos. Actualmente está asintomático en el 24^o mes de seguimiento y pendiente de nuevo TAC torácico.

CONCLUSION: La incidencia de TBMR en España se estima en 0,3%, pero los inmigrantes originarios de zonas de endemia de TB presentan tasas más elevadas. En la actualidad cuidadoras extranjeras integradas en el servicio domestico de familias españolas convivientes estrechamente con los niños, son la fuente principal de TBMR en estos menores, siendo fundamental el diagnóstico precoz y tratamiento adecuado, guiado por un experto por sus consecuencias tanto individuales como poblacionales.