

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: TUBERCULOSIS ABDOMINAL MULTIRRESISTENTE EN PACIENTE INMIGRANTE VIH POSITIVO

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Autores: A. Alcolea Sánchez; C. Zozaya Nieto; R. Hernández Palomo; M.I. de José Gómez

Texto:

OBJETIVO: Presentación de caso clínico de tuberculosis abdominal multirresistente en paciente VIH positivo.

DESCRIPCIÓN CASO CLÍNICO: Niña de 9 años procedente de Etiopía que consulta para control de infección VIH. Ha recibido quimioprofilaxis con Isoniacida durante 6 meses por contacto estrecho con madre fallecida por tuberculosis activa. Presenta adenopatía en región inguinal de 4x5 cm que drenó de forma espontánea y está cicatrizada y febrícula vespertina de una semana de evolución. Destaca abdomen distendido y múltiples masas abdominales e inguinales. El TAC objetiva abscesos de hasta 7cm de diámetro en múltiples localizaciones. En la PAAF de uno de los abscesos, se obtiene material purulento y el resultado microbiológico confirma el diagnóstico, aislándose *Mycobacterium tuberculosis*. La radiografía de tórax resulta normal. Estudio inmunológico: Linfocitos CD4: 14% (317), CD8: 61%, Carga viral de VIH: 41.000 copias/ml. Serologías (sífilis, CMV, hepatitis B y C y Virus Epstein Bar) negativas. Se inicia tratamiento con Estreptomina, Etambutol, Pirazinamida y Ciprofloxacino, tras ponerse en evidencia resistencias a Isoniazida y Rifampicina. Posteriormente requiere tratamiento quirúrgico para drenaje de abscesos.

RESULTADOS: Se expone la coexistencia de un avanzado proceso tuberculoso multirresistente y de difícil manejo en un paciente pediátrico inmunodeprimido, con una clínica inicial anodina y una evolución tórpida. En este caso se prioriza tratamiento antituberculoso, que se mantendrá entre 12 y 18 meses. Según los criterios del lugar de procedencia de nuestra paciente, la tuberculosis no se considera infección oportunista, no siendo definitoria de SIDA y no estando indicado el tratamiento antirretroviral que sí lo estaría en nuestro medio.

CONCLUSIONES: La afectación intestinal de la tuberculosis es excepcional en inmunocompetentes y muy poco frecuente en países desarrollados. Actualmente suele ser manifestación postprimaria de la infección por *M.tuberculosis*. La infección VIH y la inmigración aumenta la incidencia de su diagnóstico. Es en este último grupo de pacientes en los que se encuentra un mayor número de resistencias a fármacos antituberculosos. Es preciso, por tanto, realizar estudio de resistencias en todos los aislamientos de *M. tuberculosis*.