

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

123

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **Rodríguez Benjumea**

Nombre: **Margarita**

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Tuberculosis en trasplante renal. Complicaciones de diagnóstico y tratamiento

Centro de trabajo: Hospital universitario La Paz

Autores: M Rodríguez Benjumea, F Baquero Artigao, MI de Jose Gomez, A Cartón, M Melgosa, C Meseguer, G Lopez, MJ García de Miguel, F del Castillo

Texto: Introducción: Los pacientes inmunodeprimidos constituyen un grupo de riesgo en los que la tuberculosis (TBC) se presenta con una incidencia significativamente mayor que en la población general. La clínica suele ser atípica, siendo frecuente la fiebre de origen desconocido. Suele ocurrir en el primer año tras el trasplante, describiéndose presentaciones más tardías en el caso del trasplante renal. En la edad pediátrica suele deberse a una primoinfección por exposición reciente (cuando la inmunosupresión es prolongada). El tratamiento es complejo debido a la hepatotoxicidad y a la interacción entre los tuberculostáticos y los inmunosupresores.

Pacientes y Método: presentamos 2 casos de primoinfección tuberculosa en pacientes trasplantados renales. Caso 1: Niña de 10 años, trasplantada renal de donante vivo desde los 5 años de edad, en tratamiento inmunosupresor prolongado, que es remitida desde la consulta de Nefrología por contacto con tuberculosis bacilífera y mantoux positivo (16mm). Refiere Sd. Febril sin foco de 15 días de evolución asociado a Sd. Constitucional. Padre ingresado hace 10 días por TBC bacilífera.

Exploración y analíticas normales, VSG: 16. Rx tórax: adenopatía hiliar derecha; baciloscopia jugos gástricos (3): negativa, cultivo: M. tuberculosis. Se inicia tratamiento antituberculoso con rifampicina, isoniacida y pirazinamida y se aumentan las dosis de inmunosupresores. Se observa aumento asintomático de los niveles de ácido úrico (max. 14'8mg/dl) que se normalizan con la reducción de la dosis de pirazinamida. A los 2 meses de tratamiento se suspende esta última y se continúa con isoniacida y rifampicina hasta completar 1 año con evolución clínica y radiológica favorable. Caso 2: Varón de 15 años, trasplantado renal de donante vivo, a la edad de 5 años, en tratamiento inmunosupresor prolongado. Presenta tos y dolor torácico de 10 días de evolución, añadiéndose posteriormente fiebre de predominio vespertino y Sd. Constitucional. Estancia en Marruecos 2 semanas antes y contacto con tío paterno con tos intensa y productiva y mantoux positivo (27mm); baciloscopia negativa. A la exploración discreta hipoventilación apical derecha. Ecografía abdomino-renal normal; Hemocultivos repetidos (10) y serología completa negativos; mantoux y baciloscopias jugos gástricos (3): negativos; Rx tórax: imagen mediastínica redondeada sugerente de adenopatías; TAC torácico: adenopatías quístico- necróticas mediastínicas con infiltrado pulmonar segmentario en lóbulo superior derecho; Broncoscopia: compresión extrínseca tercio inferior y carina y compresión parcial del bronquio principal derecho. Se realiza biopsia de adenopatía mediastínica con baciloscopia y PCR M. tuberculosis positiva; cultivo jugo gástrico: M. tuberculosis. Se inicia tratamiento tuberculostático con isoniacida, pirazinamida, levofloxacino y etambutol. A la semana de tratamiento se observa aumento de creatinina, ácido úrico (máx. 12'8 mg/dl), transaminasas y GGT que se normalizan con el ajuste de los fármacos a la dosis mínima. A los 2 meses se suspenden la pirazinamida y el levofloxacino continuando actualmente con isoniacida y etambutol con evolución clínica favorable.

Conclusiones: El diagnóstico de TBC en pacientes trasplantados es complejo debido a la mayor frecuencia de presentaciones atípicas. El mantoux es negativo en el 50% o más de los casos debido a la inmunodepresión. En todo paciente trasplantado renal con fiebre de origen desconocido es obligatorio descartar TBC. El tratamiento es complejo: lo más aceptado es la utilización de pautas que no contengan rifampicina sustituyéndola por etambutol y/o quinolonas. Sin embargo algunos autores defienden el uso de la pauta estándar de tratamiento aumentando la dosis de inmunosupresores.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster