

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: CONCORDANCIA ENTRE LA PRUEBA DE LA TUBERCULINA (PPD) Y EL TEST QUANTIFERON-TB-GOLD IN TUBE (QFT) EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN LATENTE Y DE ENFERMEDAD TUBERCULOSA EN EDAD PEDIÁTRICA

Centro de trabajo: Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Universitat de Barcelona.

Autores: E. Gargallo, J.Roca, C. Muñoz-Almagro, V. Fumadó, T. Juncosa, JJ.García, J.Pou

Texto: Objetivos: Evaluar la concordancia entre el PPD y el test QFT en niños de una área geográfica con baja endemia de tuberculosis y alto nivel de inmigración. Determinar el comportamiento de los valores de Interferón-gamma (IFN) específico de M.tuberculosis complex (TbAg) liberado por las células T sensibilizadas en función de la edad y los mm de induración del PPD. Determinar si existen diferencias en la cantidad de TbAg producido en la infección tuberculosa latente (ITBL) y la enfermedad tuberculosa activa (ETB). Material y métodos: Estudio prospectivo en el que se incluyeron niños <18 años durante un período de 18 meses que requerían estudio por parte de la Unidad de Tuberculosis Infantil de la Región Costa Ponent (Catalunya) de posible ITBL/ETB por diferentes motivos (Grupo A: 27 casos con sospecha de infección activa; Grupo B: 35 niños adoptados o inmigrantes recién llegados; Grupo C: 47 niños <5 años contactos de enfermos tuberculosos). A todos ellos se les practicó PPD y se les determinó mediante ELISA el IFN producido tras incubar la sangre con antígenos micobacterianos (TbAg), fitohemaglutinina (control positivo o mitógeno) y heparina (control negativo). Se recogieron variables como la edad, sexo, origen (autóctonos, inmigrantes o adoptados), exposición a ETB, BCG, induración del PPD y diagnóstico (no tuberculoso, ITBL o ETB). Se excluyeron del análisis los resultados de QFT indeterminados, por no poderse determinar el estado de infección dada la presencia de un estado inmunológico defectuoso o bien una realización del test incorrecta. Se consideró PPD + una induración > o igual a 5 mm en sospechas de enfermedad activa, niños contactos y adoptados o inmigrantes no vacunados; y > o igual a 10 mm en los niños contactos, adoptados o inmigrantes vacunados con BCG. Se realizó análisis de concordancia entre el PPD y QFT mediante el índice kappa (excelente >0.7, moderado 0.4 a 0.7, pobre <0.4) y de correlación entre variables cuantitativas con el Índice Pearson (IP). Se considera una $p < 0.05$ como resultado estadísticamente significativo. Resultados: Se incluyeron un total de 109 niños. El 80.8% eran <5 años, el 47.7% inmigrantes y/o adoptados y el 46.8% vacunados con BCG. Se diagnosticaron 41 casos de ETB (37.6%), 8 ITBL (7.3%) y 60 (55.1%) fueron no tuberculosos. 6 casos tuvieron un resultado del QFT indeterminado (5.5%). En los pacientes con QFT+ los valores de TbAg no se correlacionaron con la edad y si de forma débil, aunque significativa, con los mm del PPD (IP: 0.343; $p = 0.032$). No existen diferencias significativas entre los valores de TbAg producidos en los pacientes con ITBL y con ETB. La concordancia entre el PPD y el QFT de toda la población en estudio (N=109) es buena (K=0.675; $p < 0.001$), tanto en vacunados (K=0.772; $p < 0.001$) como no vacunados (k=0.743; $p < 0.001$). La mayor concordancia se encuentra en los niños >5 años (K=0.828; $p < 0.001$), siendo moderada en los <5 años (k=0.683; $p < 0.001$). Concordancias por grupos sin tener en cuenta estado de vacunación: pobre en grupo A (K=0.133; $p = 0.08$), moderada en grupo B (K=0.617; $p < 0.001$) y muy buena en grupo C (K=0.8; $p < 0.001$). Conclusiones: El comportamiento de los valores del TbAg es similar al descrito por otros autores. La edad no parece influir en el resultado del QFT. El QFT no es una técnica útil para diferenciar entre el estado de infección y la enfermedad. La concordancia global entre el PPD y el QFT es buena, por lo que el uso del QFT se muestra igual de válido que el PPD en la mayor parte de los casos, evitando muchas de las limitaciones clásicas del PPD. La concordancia es menor en niños adoptados vacunados (falsos positivos del PPD por interferencia de la BCG), en niños menores de 5 años y en la ETB (presencia de un mayor número de falsos negativos del PPD).

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster