

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Tuberculosis diseminada en paciente inmunodeprimida: un reto diagnóstico-terapéutico

Centro de trabajo: Hospital Materno-Infantil Carlos Haya (Málaga)

Autores: E.Núñez Cuadros;A.Hagerman Sánchez;M.Rivera Cuello;D.Moreno-Pérez;FJ.GarcíaMartín

Texto: INTRODUCCION: Los pacientes con tratamiento inmunosupresor constituyen un grupo de riesgo para el desarrollo de tuberculosis (TB), sobre todo formas diseminadas. La posibilidad de desarrollar formas clínicas atípicas hace que el diagnóstico de sospecha sea un reto. El manejo terapéutico suele ser complejo por las posibles complicaciones e interacciones farmacológicas.

CASO CLINICO: Niña de 11 años con antecedentes de Síndrome de Turner en tratamiento con GH, colitis crónica en tratamiento con azatioprina desde hace 4 años e hipoacusia bilateral, con cuadro de 5 días de fiebre, vómitos, deposiciones diarreicas sin moco ni sangre y dolor abdominal. Se traslada a nuestro centro por sospecha de brote de colitis. Exploración: exantema reticular generalizado; escara necrótica mandibular izquierda. Resto normal. Dado el antecedente de endodoncia 24 horas antes del inicio de la fiebre y la elevación de PCR (360 mg/l) se inicia antibioterapia empírica (amoxicilina-clavulánico iv). Ante la escasa respuesta se amplía estudio: Rx tórax: imagen sugerente de adenopatía hiliar derecha; Mantoux: 14 mm; TAC tórax: nódulos pulmonares diseminados y adenopatías mediastínicas. Se aísla M. tuberculosis en jugo gástrico, esputo inducido, lavado broncoalveolar y escara necrótica. Estudio de extensión: ecografía de abdomen (diseminación hepato-esplénica), fondo de ojo, LCR y RMN cráneo: normal. Inicia tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y amikacina presentando a las 48 horas cuadro clínico y analítico compatible con hepatotoxicidad secundaria. Se modifica pauta: etambutol + linezolid + levofloxacino + amikacina. Tras infusión de linezolid presentó reacción urticarial y vómitos que obligaron a su retirada, sustituyéndose por cicloserina. Tras normalización de transaminasas se reinician fármacos de primera línea con problemas de tolerancia gastrointestinal. Como complicaciones presenta cuadro de neumonía basal derecha de posible origen aspirativo que evoluciona con derrame pleural multiseptado moderado que requiere drenaje por toracoscopia y artropatía secundaria a quinolonas. Evolución tórpida con picos febriles diarios durante 2 meses por lo que se decide retirar azatioprina e iniciar corticoides sistémicos con mejoría clínico-analítica evidente y sin presentar brotes de colitis. Actualmente asintomática tras 8 meses de tratamiento.

COMENTARIOS: En pacientes con inmunosupresión farmacológica es obligado el despistaje de TB en caso de fiebre prolongada. Las complicaciones derivadas del tratamiento son frecuentes en estos casos debido a la comorbilidad y las interacciones farmacológicas, siendo necesario un seguimiento exhaustivo. En caso de hepatotoxicidad se recomienda, tras la normalización de las transaminasas, la reintroducción de fármacos de primera línea dada su mayor potencia antituberculosa.