

A propósito de un caso sobre tuberculosis miliar en paciente con tratamiento inmunosupresor

Miliar tuberculosis with Immunosuppressive treatment

R. Franco-Vicario, JM. Llamazares-Medrano, E. Ucar-Angulo*, F. Miguel-de-la-Villa.

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Basurto. Bilbao. España UE.

*Servicio de Reumatología. Hospital de Basurto. Bilbao. España UE.

RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente con una enfermedad reumatológica y una tuberculosis miliar. Al mismo tiempo, mostramos una revisión de todos los casos de tuberculosis en nuestro Hospital de Basurto desde 1983 a 1992 y la coexistencia de enfermedades del colágeno o terapias inmunosupresoras. Observación clínica: varón de 74 años con una artritis reumatoide de 20 años de evolución en tratamiento con metotrexate y esteroides que exhibía una antigua radiografía de tórax con patrón retículo-nodulillar que pudimos demostrar de origen tuberculoso tras un cultivo de esputo positivo sospechándolo previamente por la fiebre y la terapia inmunosupresora. Nuestro Hospital registró 1021 casos de tuberculosis en 10 años (1983-1992) y 19 (1,7%) tenían algún tipo de colagenosis. Además, 56 (5%) recibieron terapia inmunosupresora por cáncer. Discusión: podemos sospechar la enfermedad tuberculosa en todo tipo de inmunodeficiencia y no sólo en la infección por VIH. **PALABRAS CLAVE:** Tuberculosis, Epidemiología, Artritis reumatoide

ABSTRACT

We present the case of the patient with reumatological disease and miliar tuberculosis. At the same time a revision of all the tuberculosis diseases in our Hospital of Basurto during 1983 to 1992 is shown and wich of them had collagenosis or Immunosuppressive treatments. Clinical observation: a 74 years old man who had arthritis rheumatoid of 20 years of evolution, treated with Methotrexato and steroid drug with and age-old reticulonodular pattern in the chest X-rays. He had fever and the immunosupresor therapy led us to think in tuberculosis that was diagnosed with positive smear cultive. Our Hospital could find 1021 tuberculosis in ten years (1983-1992) and 19 (1,7%) had any collagenosis disease and besides, 56 (5%) had Immunosuppressives agents as treatment of cancer. Discussion: we can find tuberculosis disease in all kind of immunodeficiency and not only in VIH infection.

KEY WORDS: Tuberculosis, Epydemiology, Immunosuppressives, Arthritis Rheumatoid.

LABURPENA

Gaixotasun errematologiko bat eta tuberkulosi miliarra duen gaixo baten kasua aurkeztuko dugu. Aldi berean, Basurtoko gure Ospitalean 1983tik 1992ra izan diren tuberkulosi kasu guztien errebisioa ere erakutsiko dugu eta kolagenoaren gaixotasunen edo terapia inmunosupresoreen aldi bereko izatea. Behaketa klinikoa: 74 urteko gizonetza, 20 urteko bilakaera izan duen artritis erreumatoidearekin. Tratamenduan dago Metotrexate eta esteroideekin. Toraxaren erradiografia zahar bat zuen eredu erretikulonodulillarrekin. Jatorriz tuberkuloso zela frogatu ahal izan genuen, karkaxa hazkuntza positibo baten ondoren, alde zurretik susmatzen genuena, bide batez, sukarra eta terapia inmunosupresorea zela eta. Gure Ospitaleak 1021 tuberkulosi kasu izan zituen 10 urtean (1983-1992) eta 19k (%1.7) kolagenosi motaren bat zuen. Gainera, 56k (%5) minbiziagatiko terapia inmunosupresorea hartu zuten. Eztabaida: Susma genezake gaixotasun tuberkuloso immunoeskasia mota orotan eta ez bakarrik GIB bidezko infekzioan.

Correspondencia:
Prof. Dr. Ricardo Franco-Vicario.
Servicio de Medicina Interna.
Hospital de Basurto.
Avda. Montevideo Nº 18. 48013 Bilbao. España UE.
Teléfono: 944006000 Extensión 9252
Enviado 11-8-2004 Aceptado 4-2-2005

Introducción

La enfermedad tuberculosa es una patología infecciosa que puede calificarse de constante en la historia de las enfermedades (1).

Actualmente, en nuestro país, nos encontramos con datos de incidencia inferiores a Portugal o Grecia, pero aún por encima de las cifras que presentan nuestros vecinos franceses, ingleses, suecos u holandeses (2).

Las cifras globales de incidencia nacional no son extrapolables a cualquier circunscripción. De ahí la importancia del seguimiento de esta enfermedad - que históricamente se ha definido por su infradeclaración - y de sospecharla en los casos más probables en que mejor se desarrolla, recordando que el valor predictivo positivo de una prueba aumenta en función de la prevalencia.

El futuro de la tuberculosis estará marcado fundamentalmente por tres factores de orden biomédico: las resistencias farmacológicas, la epidemia del VIH y el animado del bacilo en los demoniados nichos ecológicos o espacios reducidos con personas especialmente susceptibles de enfermar en la periferia de las grandes ciudades.

La inmunosupresión, bien natural, yatrogénica o mixta (ejemplo: Artritis Reumatoide) y la aparición de nuevas y potentes terapias inmunosupresoras, nos cambian efectivamente, el ámbito en que nos movemos.

En esta nota clínica, presentamos el caso de un paciente con una enfermedad reumatológica al que describimos una tuberculosis diseminada y al mismo tiempo exponemos la relación entre los tuberculosos y las colagenosis de la revisión de nuestra casuística entre 1983 a 1992.

Observación clínica

Hemos tenido la oportunidad de atender a un varón de 74 años con artritis reuma-

toide de 20 años de evolución tratado con metotrexate y corticoides. Este, trabajó como minero y padeció silicosis exhibiendo desde hace años una radiografía de tórax con patrón retículo-nodulillar. Por sus antecedentes expositivos, la situación clínica (síndrome febril prolongado) y su condición de paciente inmunodeprimido, se sospechó enfermedad tuberculosa, confirmando la baciloscopia y el cultivo, su diagnóstico. La terapia inmunosupresora fue suspendida de manera transitoria mientras se inició tratamiento tuberculostático con rifampicina, isoniacida y pirazinamida. Actualmente seguimos una línea de investigación sobre tuberculosis desde el Hospital de Basurto, en Bilbao, que lleva describiendo durante más de 35 años el devenir de esta antiquísima enfermedad. Se descubrieron durante la década 1983-1992 un total (3) de 1021 tuberculosos de los cuales 19 (el 1,7) presentaban algún tipo de colagenosis y 56 casos (5%) recibieron tratamiento inmunosupresor por cáncer.

Discusión

Podemos reducir que debemos estar atentos a la aparición de la enfermedad tuberculosa en toda situación de inmunosupresión, donde además, la fimia se expresa con nuevas formas de presentación, a

veces crípticas. No debemos atribuir toda la responsabilidad al VIH (4) para explicar nuestra situación nacional en cuatro a cifras de incidencia tuberculosa, ya que tan solo el 17,7%, según el PMIT (5), presentan infección por el virus de la inmunodeficiencia. Aunque la primera enfermedad declaratoria de SIDA es la tuberculosis (6), está demostrado que el riesgo de que el bacilo de Kock desarrolle su enfermedad en los portadores del VIH, obedece a su procedencia exógena (7,8) (o reciente transmisión). Así las cosas, se deben buscar otras causas (descartada la reinfección o reactivación de un microorganismo previo) que expliquen el retraso que se lleva en la lucha antituberculosa empezando por conocer la realidad, diagnosticando (9) y declarando todos los casos incidentes par después, con el conocimiento previo, aplicar programas de prevención y control (10) más eficaces, incluyendo terapias directamente observadas y estudios de contactos como ya la OMS había alertado previamente (11).

Referencias bibliográficas

1. Anaut S. Luces y sombras en la lucha médico-social contra la tuberculosis. Una mirada retrospectiva sobre la tuberculosis en

Pamplona (Siglo XX). Anales Sis San Navarra. 1999;22(2):219-231.
 2. Moreno S, Cobo J. Las múltiples caras del control de la tuberculosis. Enferm Infecc Microbiol Clin 2003;21:279-280.
 3. Rubio S. la enfermedad tuberculosa durante la primera década del sida (1983-1992). [tesis doctoral] Univ. Del País Vasco. 1995.
 4. Goboy P, Noqués A, Alseda M, Manonelles A, Artigues A, García M. Factores de riesgo asociados a pacientes tuberculosos con microscopía del esputo positiva. Gac Sanit 2001;15:506-512.
 5. Grupo de trabajo del PMIT. La tuberculosis en España: Resultados del Proyecto Multicéntrico de Investigación sobre Tuberculosis (PMIT). Madrid: Instituto de salud Carlos III.1999
 6. Castilla J, Gutiérrez A, Ramos B, Camarero M, Noguer I. Patrón de las enfermedades diagnósticas de sida en adultos y adolescentes en España, 1988-1993. Med Clin (Barc) 1996;106(7): 24650.
 7. Alland D, Kalkut GE, Moss AR, McAdam RA, Hahn JA, bosworth W, et al. Transmission of tuberculosis in New York City. An analysis by DNA Fingerprinting and conventional epidemiologic methods. N Engl J Med 1994;330(24):1703-9.
 9. Salinas C, Altube L, España PP, Capelastegui A, Quintana JM. Tuberculosis en la población inmigrante de Bilbao. Arch Bronconeumol 2002; 38;506-510.
 10. Grupo de trabajo de tuberculosis. Programa de prevención y control de la tuberculosis. Documento de consenso. Osakidetza/Servicio Vasco de Salud, Administrativa de la Comunidad Autónoma del País Vasco. 2001.
 11. Treatment of Tuberculosis. Guidelines for National Programmes. WHO/TB97.220.

ANUNCIO

Puerto del Rosario. Fuerteventura. Islas Canarias. España UE.

Dña/D.
 C/ nº Piso
 Población C.P.
 Teléfono Socio de

Solicito información sin compromiso sobre este II ENCUENTRO "MIGUEL UNAMUNO"
 Aportaría una comunicación con el título

Enviar a la secretaría: II ENCUENTRO "MIGUEL UNAMUNO"