

EXACERBACIÓN PARADÓJICA DE TUBERCULOSIS PULMONAR

María Arias Fuente, Lucía Castellanos Romero, Josu Aguado Suquia, Gustavo Gutiérrez Herrero, Pablo Lozano Cuesta, Carmen Tejerina Sánchez

La tuberculosis tiene actualmente en España una incidencia de 18,2/100.000 habitantes. Es una de las infecciones más importantes en pacientes inmunodeprimidos debido a su elevada frecuencia y alta morbimortalidad. En pacientes en tratamiento con terapias biológicas (sobre todo anti-TNF α), es importante descartar posible infección latente. A pesar de que el diagnóstico y tratamiento precoz logran su curación en la mayoría de los pacientes, el abandono del tratamiento y las resistencias a los fármacos habituales hacen que en la actualidad siga siendo un importante problema de salud pública. En ocasiones se produce respuesta paradójica al tratamiento tuberculostático que hace difícil su manejo.

ANTECEDENTES PERSONALES: Varón de 50 años, peón de construcción. Sin animales domésticos, ni contacto con aves. Ex fumador desde hace 30 años, con un consumo acumulado de 4 años-paquete. Como antecedente personal a destacar, colitis ulcerosa extensa corticorresistente, actualmente en remisión clínica en tratamiento combinado con Infliximab y Azatioprina (quantiferon negativo previo al inicio de tratamiento). Proctitis ulcerosa.

HISTORIA CLÍNICA: Cuadro de fiebre, tos y sudoración nocturna de meses de evolución, visualizándose patrón micronodulillar en radiografía de tórax y baciloscopias positivas en esputo. Se comenta el caso con el servicio de Digestivo y se decide de manera conjunta suspender el tratamiento inmunosupresor. Se inicia tratamiento antituberculoso con Rifampicina, Isoniacida, Etambutol y Piracinamida. Cultivos de esputo positivos para Mycobacterium Tuberculosis (sensible).

6 meses después de haber finalizado el tratamiento se repite TC tórax y se objetiva persistencia de patrón miliar bilateral con múltiples adenopatías hiliomediastínicas. Se realiza broncoscopia donde se objetiva infiltración y masa en Bronquio anterior y apical del LSI sugestiva de neoplasia. Adenopatía 10R y 7 patológicas. Citologías BAL, cepillado y PAAF negativas. AP biopsia bronquial compatible con infección por micobacterias. Por lo que se insiste importancia de cumplimiento de tratamiento y se realiza seguimiento más estrecho.

Tres meses más tarde se procede a ingreso en Neumología tras reevaluación clínica (persistencia de febrícula vespertina) y radiológica en consulta, donde se objetiva crecimiento de adenopatía paratraqueal derecha y aparición de nueva adenopatía en región supraclavicular izquierda, así como desarrollo de consolidaciones en LSI y datos de diseminación broncogena. Ante el empeoramiento clínico y radiológico se corroboró la sensibilidad del bacilo y la correcta administración de los fármacos. Se descartaron otras infecciones asociadas así como posible neoplasia subyacente.

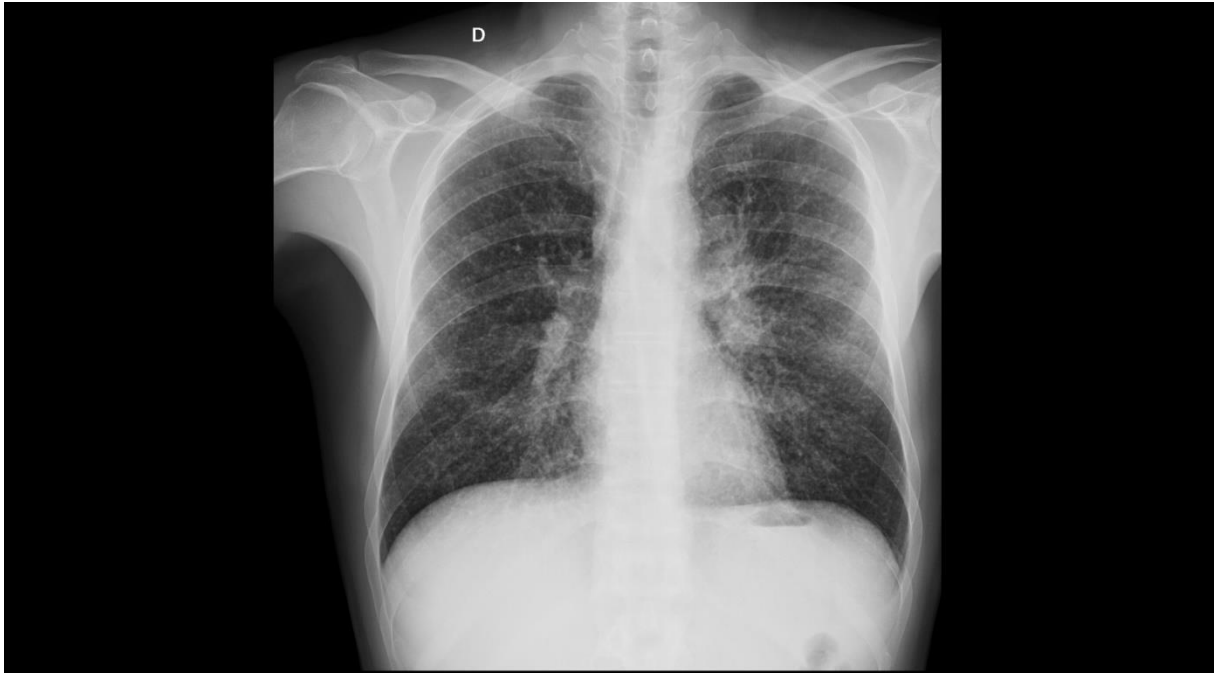
EXPLORACIÓN FÍSICA: Se observa adenopatía de gran tamaño aproximadamente de 3 cm de diámetro mayor a nivel de fosa supraclavicular izquierda, a la palpación impresiona de pétérea poco móvil. No dolorosa ni fluctuante a la palpación. ACP: Rítmico sin soplos. MVC. Abdomen: anodino. EEII: No edema, no signos de TV

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

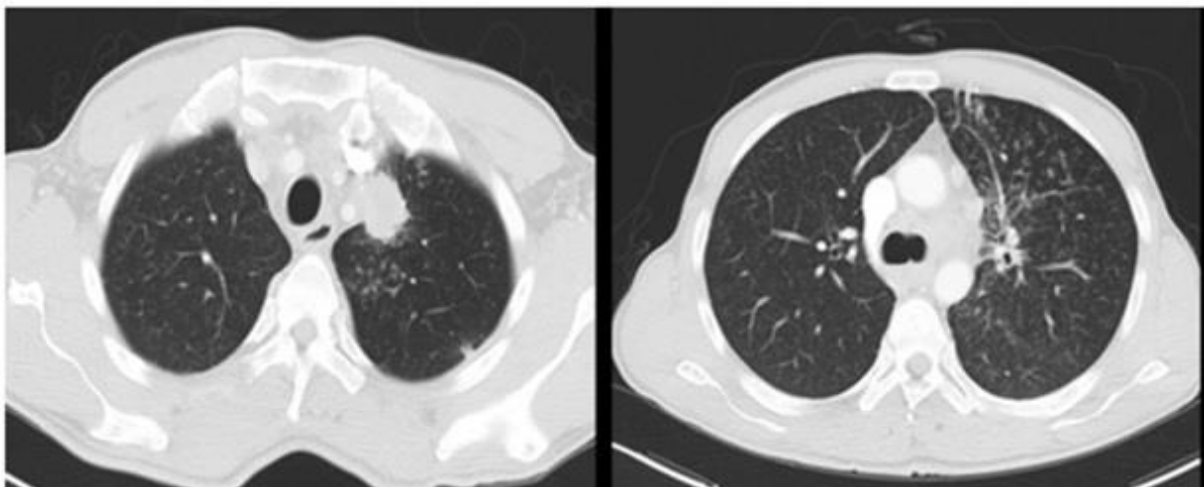
Curva F/V: FEV1 4000-102%, FVC 4840-97%, FEV1/FVC 82%,

ANALÍTICA: Hb 12,9, leucocitos $4.5 \times 10^3/L$ (neutrófilos 74,4%, linfocitos 14,7%, eosinófilos 2,2%), función renal e iones normales, perfil hepático normal, marcadores tumorales normales, PCR 46, LDH 156, ECA 39. VIH negativo.

RX TÓRAX (anexo 1): patrón micronodular bilateral, engrosamiento hiliar izquierdo.



TC TÓRAX (anexo 2) Enero 2020: patrón miliar bilateral y múltiples adenopatías hiliomediastínicas

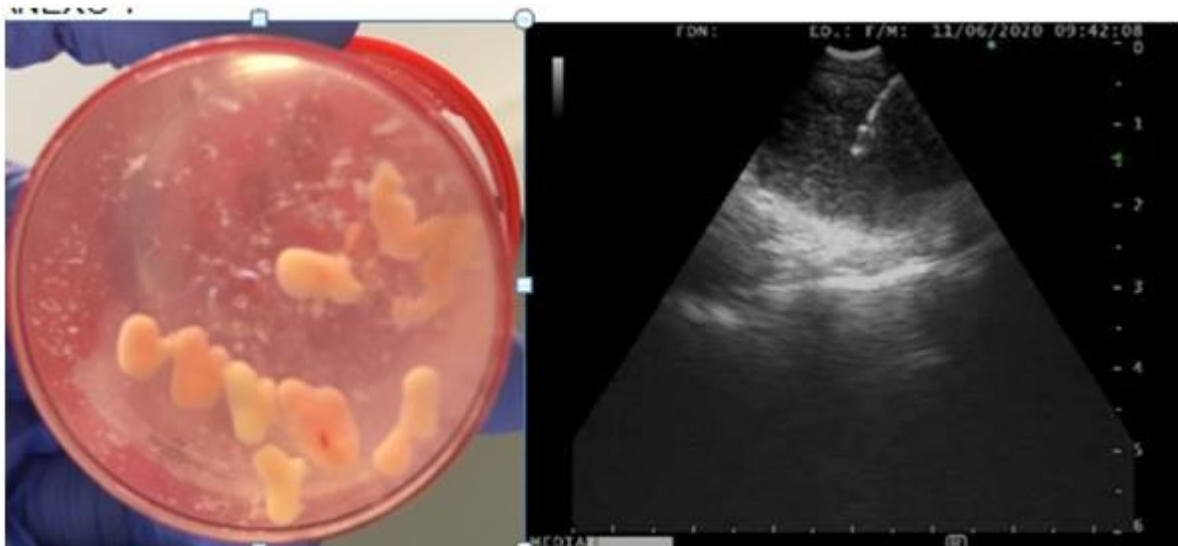


TC TÓRAX (mayo 2020): Mala evolución. Mayor afectación ganglionar paratraqueal derecha y supraclavicular izquierda. Nuevas consolidaciones en LSI y datos de diseminación broncogena. Discreta mejoría del patrón miliar.

BRONCOSCOPIA (anexo 3)



EBUS (anexo 4). Visualizamos adenopatía paratraqueal izquierda (4L) de 2.5 cm, donde realizamos varias PAAF. Se observan cilindros purulentos en las muestras obtenidas. Baciloscopia positiva, presencia de BAAR y tejido necroinflamatorio



PAAF de adenopatía supraclavicular izquierda: baciloscopia positiva, PCR positiva para Mycobacterium Tuberculosis, sensible a Rifampicina.

EVOLUCIÓN: Tras corroborar la sensibilidad de la cepa, comprobar la interrupción de tratamiento inmunosupresor y descartar otras causas asociadas al empeoramiento, se

decide iniciar tratamiento con corticoides ante la sospecha de probable Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI) versus síndrome de Choremis. Se reinicia tratamiento con R, H, E y Z durante 2 meses. Posteriormente dada la mejoría y tras recibir cultivos positivos para Mycobacterium Tuberculosis sensible a R y H se continua tratamiento con estos 2 fármacos durante otros 4 meses. Confirmación de mejoría clínica y radiológica, negativización de los cultivos y en control radiológico un año después practica resolución de lesiones.

DISCUSIÓN: Está descrito el empeoramiento paradójico de la tuberculosis tras la suspensión de fármacos antiTNF, conocido como Síndrome inflamatorio de reconstitución inmunitaria (SIRI). Constituye un cuadro clínico de deterioro progresivo, coincidente con la restauración de la inmunidad. Es una respuesta inmune exagerada, paradójica al iniciar un tratamiento específico, con empeoramiento clínico y radiológico inexplicable. El diagnóstico se establece por exclusión, se debe descartar incumplimiento, desarrollo de resistencias, errores en dosificación y la aparición de nuevos procesos que puedan empeorar el cuadro. Así mismo la exacerbación paradójica de la tuberculosis pulmonar al iniciar tratamiento específico (conocido como síndrome de Choremis) puede inducir serias dudas diagnósticas y terapéuticas. Se piensa que se produce por lisis de bacilos tuberculosos (ante tratamiento efectivo), liberando antígenos que estimulan linfocitos, macrófagos y pirógenos endógenos. Es oportuno conocer ambas entidades para sospecharlas ante empeoramiento inexplicable.