



Tuberculosis multiresistente en una adolescente

Francesc Ros Córdoba, Guillem Brullas Badell, Arantxa Aparicio Coll, Teresa Cusó Herreros, Cristina Latre Gorbe, Anna Gamell Fulla, Antoni Noguera-Julian

Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis es la primera causa de muerte por infecciones a nivel mundial, estimándose 1 millón de casos anuales en menores de 15 años. En el niño, la mayor probabilidad de progresión a formas graves, las dificultades diagnósticas y la falta de formulaciones pediátricas adecuadas de fármacos antituberculosos representan un desafío añadido. En caso de resistencias a los fármacos antituberculosos de primera línea, es necesario un tratamiento más largo y dirigido.

RESUMEN DEL CASO



Adolescente de 14 años

ANTECEDENTES

- Sin antecedentes de interés, No viajes recientes
- Hiporexia y tos de 2 meses de evolución.
- Varias consultas previas en centro de salud
- Tratamientos hasta la fecha:
 - Salbutamol inhalado
 - Antibioterapia: 2 tandas de azitromicina

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Roncus en campos izquierdos y sibilancias bibasales

ACTITUD EN URGENCIAS



- Prueba de tuberculina → -
- QuantiFERON-TB Plus → +

DIAGNÓSTICO DE TBC PULMONAR NO BACILÍFERA



Baciloscopia en aspirado gástrico → -

EVOLUCIÓN



TRATAMIENTO DE 1ª LÍNEA

Inicio tratamiento con rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol.



Complejo primario calcificado en pulmón derecho. Proceso infeccioso activo en lóbulos y LSI

M. Tuberculosis

Aminoglucósidos	
Amikacina	S
Kanamicina	S
Estreptomina	R
Quinolonas	
Ofloxacino	S
Otros antibacterianos	
Rifampicina	R
Linezolid	S (0,5)
Antituberculosos	
Bedaquilina	S (0,5)
Capreomicina	S
Cicloserina	R
Clofazimina	S (0,5)
Etambutol	R
Etionamida	R
Rifabutina	R
Isoniazida	R
Piracinamida	R

S: Sensible. R: Resistente. (CMI en µg/ml).



TRATAMIENTO DE 2ª LÍNEA

Levofloxacino (750mg/día), linezolid (600mg/día), clofazimina (100mg/día) y bedaquilina (200mg a días alternos*) durante 6 meses



Cultivo a las 6 semanas → -



Desarrolló mielotoxicidad y caída del cabello



Mejoría clínica con disminución de dosis de linezolid (450mg/día)

ACTUALIDAD

Finalización de tratamiento con Levofloxacino, linezolid y clofazimina 12 meses.

*Dosis 400mg/día durante las 2 primeras semanas

COMENTARIOS

- Es importante sospechar de diagnósticos menos habituales en pacientes con neumonía persistente de evolución tórpida.
- Entre los diagnósticos menos habituales hay que tener presente la tuberculosis, especialmente ante imágenes patológicas en radiografía que concuerden.
- La tuberculosis es una enfermedad infrecuente en España y aún más los casos de tuberculosis multiresistente por lo que requieren un tratamiento más extenso (18-24 meses totales) supervisado por un equipo de Infectología..