TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO: UN DESAFÍO EN MEDICINA INTENSIVA. REPORTE DE UN CASO.

Oscar Heredia Tillería.[1], Francisca Ríos Campano.[1], Julio Moscoso Castrillón.[1], Nicolás Quinteros Muñoz.[1], María Fernanda Muñoz Bravo.[1], Carlos Traub Guesalaga.[1], Jorge Amador Carrasco.[1], Jaime Marín Cáceres.[2], Francisca Ríos Campano.[2], Julio Moscoso Castrillón.[2], Nicolás Quinteros Muñoz.[2], Jorge Amador Carrasco.[3]

1. Hospital Clínico San Borja Arriarán.
2. Facultad de Medicina Universidad de Chile - Sede Centro.
3. Universidad Andrés Bello.

INTRODUCCIÓN:

La tuberculosis (TBC) en Chile es un problema latente, con una tasa de incidencia de 15.8 casos por 100.000 habitantes. Por su parte la TBC diseminada es una presentación atípica, representando un 2-5% de todos los casos. Presentamos un caso de TBC diseminada en paciente inmunosuprimido.

DESCRIPCIÓN:

Hombre de 29 años. Consulta en servicio de urgencia por cuadro de 2 meses de compromiso cualitativo de conciencia y descontrol de impulsos, afebril. Dentro del laboratorio de ingreso destaca anemia moderada y elevación de parámetros inflamatorios. Tomografía de cerebro normal. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis describe, micronódulos pulmonares sólidos bilaterales, derrame pleural bilateral; adenopatías mediastínicas, en hilio hepático y retroperitoneales. Múltiples lesiones focales hipodensas hepáticas y esplénicas. Líquido pleural compatible con exudado mononuclear y Genexpert positivo para Mycobacterium tuberculosis (MTB), sin genes de resistencia. Con serología positiva para virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Evoluciona febril, con shock séptico y deterioro ventilatorio, con requerimiento de soporte ventilatorio invasivo. Tras evaluación multidisciplinaria, cuadro se interpreta como TBC diseminada en paciente VIH en etapa SIDA. Se inicia manejo antituberculoso endovenoso con Rifampicina, Isoniazida, Levofloxacino y Etambutol; además de meropenem y vancomicina. Inicialmente de difícil sedación y acople al ventilador. Supera rápidamente el shock. Tras 13 días de ventilación mecánica se extuba, con fracaso precoz de weaning, requiriendo nuevo curso de soporte invasivo, consolidando weaning en segunda extubación. Completa 21 días de manejo antiTBC endovenoso con traslape a vía oral. Destaca persistencia del deterioro de conciencia y un episodio de convulsión; en conjunto con referente local de TBC, pese a LCR normal, se define manejo como TBC meníngea, agregando dexametasona, con buena respuesta clínica. Se rescata carga viral de VIH en 10.000.000 de copias/mL y conteo de linfocitos CD4 en 112. Estudio de coinfecciones solo positivo para sífilis. Egresa de unidad con plan de completar 6 a 8 semanas de manejo antiTBC oral, para posterior inicio de terapia antiretroviral.

DISCUSIÓN:

La TBC diseminada es una forma potencialmente mortal de la enfermedad, sin consenso actual en sus criterios diagnósticos. Se asocia a la infección por MTB en dos o más órganos no contiguos, o su aislamiento en sangre, médula ósea o biopsia hepática. Una presentación inicial grave en unidade de cuidados intensivos (UCI), requiere una evaluación multidisciplinaria, a fin de iniciar una terapia médica oportuna que logre cambiar el curso de la enfermedad.

CONCLUSIONES:

La TBC es un problema de salud pública. Un debut grave en inmunosuprimidos, sumado a la falta de consenso en TBC diseminada, configura un reto diagnóstico, requiriendo una alta sospecha clínica, un soporte en UCI adecuado y una terapia adaptada a las distintas formas de presentación.