



Comisión Honoraria para la  
**Lucha Antituberculosa y  
Enfermedades Prevalentes**

*Intercambiar **conocimientos  
y experiencias** para una  
**mejor resolución** de los  
pacientes con Tuberculosis*



2

**Interpretación de las  
técnicas moleculares  
en el diagnóstico**

**Caso clinico**



**Dra. Carolina Iglesias**  
**Infectóloga**  
**Médica Supervisora-CHLAEP**

SM, 19 años, procedente de Montevideo, barrio Casabó

**AP:** - LLA diagnóstico en 2013, recibió RT, QT, y TMO haploidéntico en 2013

- EICH precoz con compromiso pulmonar, bronquiolitis obliterante con severo compromiso funcional. Trasplante bipulmonar en 2016
- Rechazo agudo tardío, probable rechazo crónico, en tratamiento con tacrolimus, MMF y prednisona
- ERC en HD secundaria a tacrolimus
- Profilaxis para PCP con TMP-SMX
- Inmunización COVID 19 completa
- Inmunización antigripal y antineumocócica 13 V
- PPD y booster pre trasplante pulmonar de 0 mm

**Dr. Ignacio Richero**  
**Medico Supervisor CHLAEP**  
**Región Litoral Norte; Paysandú, Salto.**  
**Octubre 2024**



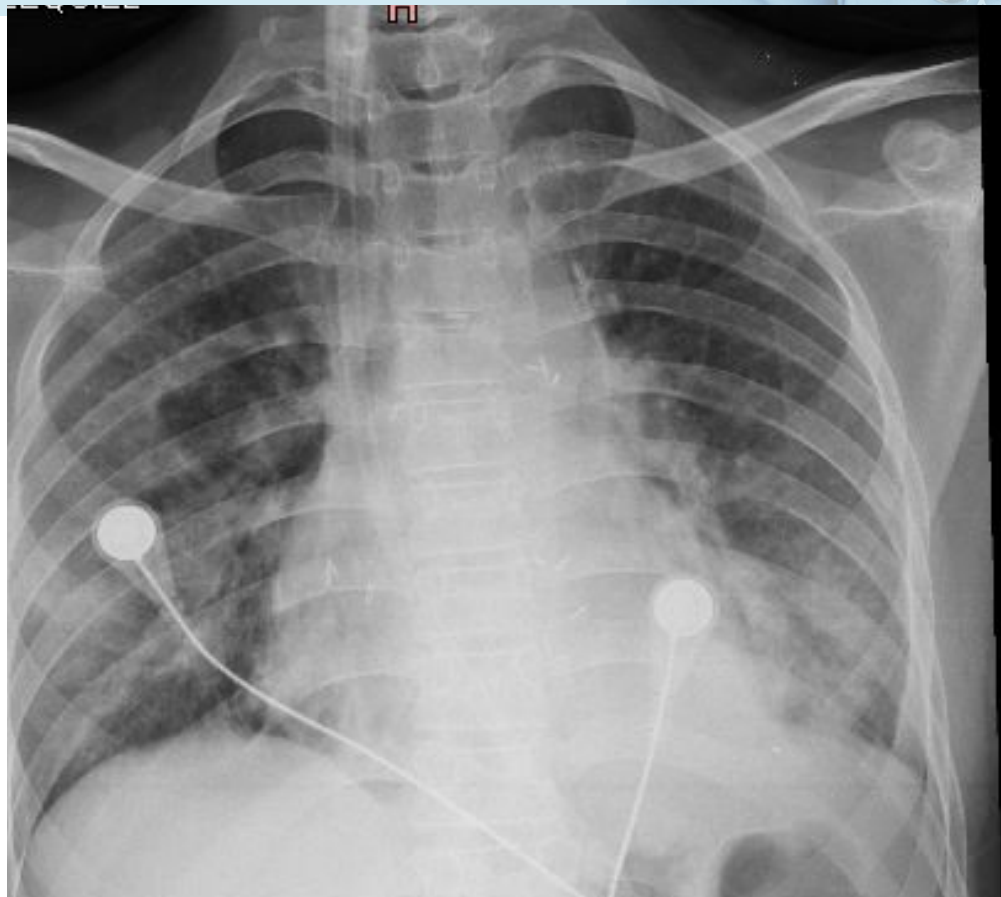
**EA:** Consulta por dolor tipo puntada en Htx derecho de 72 hs de evolución, acompañado de tos y expectoración purulenta, fiebre de 39°C de TAX.

Niega disnea, hemoptisis, sudoración nocturna y repercusión general.

**Examen físico:** lúcido, desnutrición proteico-calórica, TAX 38,3°C,

PP: sat O2 VEA 92%, FR 20 rpm, MAV + bilateral sin estertores.

Resto del examen sin particularidades.



Gasometría arterial VEA: Ph 7.54, PaO<sub>2</sub> 54 mmHg, PCO<sub>2</sub> 35 mmHg, HCO<sub>3</sub> 30 mEq/lt.

Hb 10.2 g/dl, Linf 900/mm<sup>3</sup>, PCR 492 mg/L, Crea 2,35 mg/dl. LDH 247,

FYE Hepático s/p

Serología VIH No reactiva

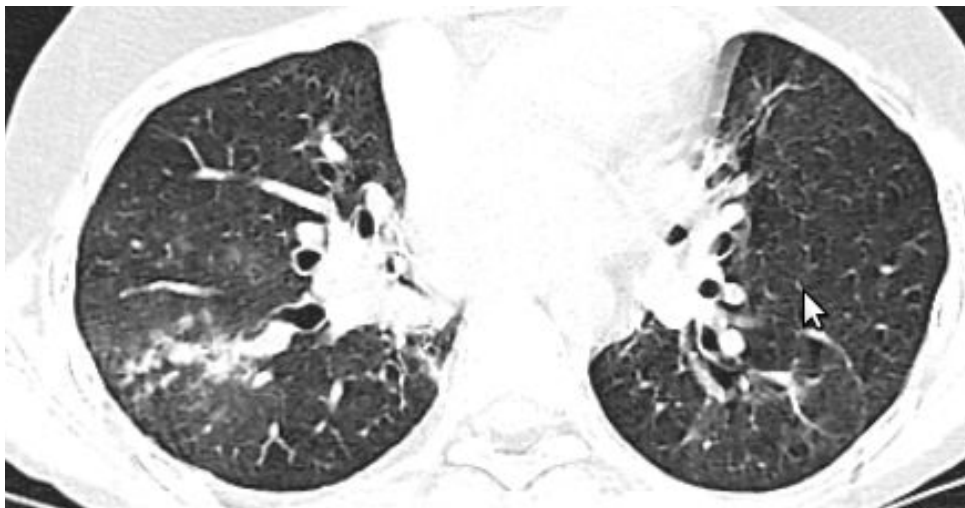
Antígeno y PCR SARS COV 2 negativos

HNF para Influenza A y B negativos

HC X 2 y cultivo en expectoración sin desarrollo

Se inicia tratamiento antibiótico con moxifloxacin + TMP-SMX iv

Ingresa a sala de medicina









Se solicita FBC con LBA:

- Cultivo bacteriano inespecífico sin desarrollo
- Panel PCR filmarray respiratorio negativo
- IFD para PCP negativa
- Antígeno galactomanano 2

IRB en paciente TMO, trasplante bipulmonar, nódulos pulmonares bilaterales y difusos, Ag galactomanano +

Planteo de Aspergilosis pulmonar probable

Inicia tratamiento antifúngico con voriconazol, se suspende moxifloxacina (D4) y rota TMP-SMX a dosis de profilaxis

Se recibe resultado de ZN negativo, **Xpert positivo trazas de LBA....**

## Puntos a discutir:

- Observando las imágenes ¿hacia qué etiología se inclina como más probable? ¿micótica o tuberculosa?
- ¿Plantearía diagnóstico de enfermedad tuberculosa pulmonar concomitante?
- ¿Indicaría el inicio de tratamiento antituberculoso?
- ¿Con qué esquema de fármacos?





## Interacciones farmacológicas



FÁRMACO 1	FÁRMACO 2	CONCENTRACIONES PLASMÁTICAS
<b>RIFAMPICINA</b>	<b>VORICONAZOL</b>	↓ VORICONAZOL ↓ RIFAMPICINA
<b>RIFAMPICINA</b>	<b>TACROLIMUS</b>	↓ TACROLIMUS

## CONDUCTA:

Inicio de tratamiento antituberculoso

H 300 mg + Levofloxacinina 750 mg/día +

EMB 800mg + PZ 1400 mg trisemanal

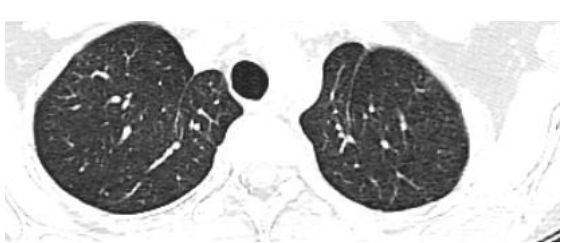
Continúa tratamiento con voriconazol

## EVOLUCIÓN:

Mejoría de síntomas respiratorios, apirexia mantenida, descenso RFA

Alta a domicilio, continúa controles en CP CHLA y policlínica de TP

Al 2do mes de tratamiento antifúngico y antituberculoso se solicita TC de tx de control



Considerando la evolución clínico-imagenológica y que el resultado del cultivo del LBA para micobacterias fue negativo,

- ¿qué conducta tomaría en cuanto al tratamiento antituberculoso?
- Recordando que presentaba 1 cribado inicial negativo (PPD), indicaría Tratamiento de ITBL actualmente?





## EVOLUCIÓN:

Recibe 3 meses de tratamiento antituberculoso y presenta pérdida de seguimiento

Continúa controles en policlínica de trasplante pulmonar y tratamiento con voriconazol

Al 9no mes de tratamiento antimicótico, buena evolución clínica con resolución completa de imágenes pulmonares



**TAC a 9 meses del diagnóstico**

