



Colombia Médica

ISSN: 0120-8322

colombiamedica@correounivalle.edu.co

Universidad del Valle

Colombia

Mildret Fontalvo, Dilia; Jiménez Borré, Gustavo; Gómez Camargo, Doris; Chalavé Jiménez, Neylor; Bellido Rodríguez, Javier; Cuadrado Cano, Bernarda; Navarro Gómez, Shirley

Respuesta de los autores: Coinfección de tuberculosis y candidiasis pulmonar en paciente previamente sana

Colombia Médica, vol. 47, núm. 3, julio-septiembre, 2016, p. 177

Universidad del Valle

Cali, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28348402010>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Respuesta de los autores: Coinfección de tuberculosis y candidiasis pulmonar en paciente previamente sana

Authors response: Tuberculosis and pulmonary candidiasis co-infection present in a previously healthy patient

Editor:

Artículo referencia: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27546933>

En respuesta a la anotación¹ acerca el caso descrito², estamos totalmente de acuerdo que la inmunodeficiencia no es sólo la relación con infección por el VIH y que existen patologías y condiciones inmunológicas y genéticas diferentes asociadas a ello³⁻⁵, las principales de ellas fueron descartadas en la paciente.

En la paciente del caso clínico presentado, no existen antecedentes familiares de inmunodeficiencias primarias. En los antecedentes personales tampoco se encontraron datos de procesos infecciosos recurrentes en su infancia ni en la actualidad, lo cual no lleva a sospecha de patologías con inmunodeficiencias primarias en las cuales se esperarían infecciones recurrentes como en el caso de neumonías recurrentes, abscesos pulmonares, esplénicos y hepáticos, linfadenitis cervicales, axilares e inguinales e infecciones cutáneas y óseas, como en el caso de enfermedad granulomatosa crónica⁶.

Otras inmunodeficiencias primarias aportadas por el lector como la agammaglobulinemia ligada a X, es una enfermedad congénita, que afecta a varones e involucra a linfocitos B y células plasmáticas, que no son la línea inmunológica principal en la tuberculosis⁷ ni se corresponde con nuestro caso.

Por otra parte, defectos heredados del sistema inmune como los síndromes de susceptibilidad mendeliana a enfermedades micobacterianas (SMEM), en los cuales existen defectos en el eje IL-12/INF- γ , pueden ser una importante causa de asociaciones micóticas y micobacteriana como en la paciente del caso clínico, aunque se esperaría que este tipo de pacientes presenten desde el nacimiento antecedentes de micosis oral, cutánea y enteral con un dato muy importante como la linfadenitis axilar e infección micobacteriana diseminada con la aplicación de la vacuna BCG y dermatosis purpúrica pigmentada⁸, datos que no se hallaron en nuestra paciente.

Dentro de los antecedentes registramos que no estaba recibiendo medicamentos relacionados con inmunosupresión. Se le realizaron estudios a fin de descartar enfermedades metabólicas, nefropatías y hepatopatías dentro de ellos, gases arteriales, electrolitos séricos, electroforesis de proteínas, pruebas de coagulación, cuantificación de inmunoglobulinas séricas, los estudios de valoración renal (parcial de orina y sedimento urinario, creatinina, nitrógeno ureico) y hepática (bilirrubinas, alanino transaminasa, aspartato transaminasa, fosfatasa alcalina, albúmina sérica, tiempo de protrombina) los cuales resultaron normales. El test de Elisa para VIH dio negativo. Con los fines de buscar colágenopatías se realizaron Anticuerpos antinucleares y Anti-DNA bicateriano que resultaron negativos.

En lo que respecta a la anemia macrocítica en el hemograma inicial al ingreso de la paciente, no existen antecedentes personales ni familiares de anemias y ésta se corrigió durante la evolución ambulatoria, lo cual sugeriría un caso de posible condición infecciosa.

En los controles ambulatorios realizados a la paciente, se encuentra que está evolucionando satisfactoriamente. Está en control médico por medicina interna e infectología en su aseguradora de salud, en la cual le realizaron hemogramas, determinaciones serológicas de IgA, IgG, IgE, recuento de CD4 y CD8, que resultaron normales.

En este caso el seguimiento estrecho tanto clínico como paraclínico resultó trascendental para determinar asociaciones con patologías de base como factores predisponentes para la coexistencia de la tuberculosis y candidiasis pulmonar.

Sin embargo, los casos clínicos son una invitación a buscar explicaciones científicas, a pensar en esas entidades clínicas, y de paso buscan brindarnos algunas pautas que nos orienten en otras situaciones similares y generarnos también inquietudes; en la ciudad de Medellín (Colombia) existe un grupo de investigación de Inmunodeficiencias primarias de la Universidad de Antioquia que investiga posibles defectos genético monogénico u otro que expliquen estas susceptibilidades y que recientemente contactaron a nuestro grupo al leer el artículo de este caso clínico, lo cual podría resultar interesante estudiar en nuestra paciente.

Sin embargo, los casos clínicos son una invitación a buscar explicaciones científicas, a pensar en esas entidades clínicas, y de paso buscan brindarnos algunas pautas que nos orienten en otras situaciones similares y generarnos también inquietudes; de la patogénesis de las Inmunodeficiencias primarias y de los posibles defectos genéticos monogénicos u otro que expliquen estas susceptibilidades.

No obstante, nos ha parecido muy bueno e importante el cuestionamiento y exhortación que hace el autor y que hacemos propias y extendemos a todos los colegas clínicos: Debemos utilizar con cuidado el término inmunocompetencia en el momento en que estudiamos a un paciente y realizarle una óptima evaluación a aquel que presenta infecciones oportunistas.

Los autores expresan sus agradecimientos por este aporte tan importante.

Conflicto de interés

No declara

Authors:

Dilia Mildret Fontalvo^{1,2}, Gustavo Jiménez Borré³, Doris Gómez Camargo^{1,2}, Neylor Chalavé Jiménez³, Javier Bellido Rodríguez³, Bernarda Cuadrado Cano¹, Shirley Navarro Gómez¹

¹Departamento de Postgrado, Doctorado en Medicina Tropical, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

²Grupo de investigación UNIMOL. Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia

³Unidad de Cuidados Intensivos Adultos, Departamento de Medicina Interna, Clínica Nuestra. Cartagena, Colombia

Referencias

1. Zea-Vera AF. Immunocompetence in adults: more than HIV negative. *Colomb Med (Cali)*. 2016; 47(3): 176.
2. Fontalvo DM, Jiménez BG, Gómez CD, Chalavé JN, Bellido RJ, Cuadrado CB, *et al*. Tuberculosis and pulmonary candidiasis co-infection present in a previously healthy patient. *Colomb Med (Cali)*. 2016; 47(2): 105-8
3. Kali A, Charles M, Noyal M, Sivaraman U, Kumar S, Easow J. Prevalence of *Candida* co-infection in patients with pulmonary tuberculosis. *Australas Med J*. 2013; 6(8): 387-91.
4. Boisson S. Inherited and acquired immunodeficiencies underlying tuberculosis in childhood. *Immunol Rev*. 2015; 264(1): 103-20.
5. van de Vosse E. Primary immunodeficiency leading to mycobacterial disease. *Internat J Mycobacteriol*. 2015. 4: 63
6. Deffert C, Cachat J, Krause KH. Phagocyte NADPH oxidase, chronic granulomatous disease and mycobacterial infections. *Cell Microbiol*. 2014. 16(8), 1168-78.
7. Herrera M. Agammaglobulinemia ligada al Cromosoma X. Una revisión de la literatura. *Rev Méd Hospital Nacional Niños*. 2005. 40 (2):85-9.
8. Strickler A y cols. Enfermedad por bacilo de Calmette-Guérin (BCG) y deficiencia del receptor b-1 de interleuquina 12. Experiencia clínica de dos casos en una familia y un caso aislado. *Rev Chilena Infectol*. 2014; 31 (4): 444-51.