



Autores: R Amaya, V Gianfrancisco, F Gonzalez, O Marquez, V Fernandez Gomez, R del Rio, C Moreno, F Triguero, M Usandivaras, M Carrizo, A Saiquita, N Naval, S Fabio

INTRODUCCION

La TB constituye un grave problema de salud pública. En nuestro medio, TB pleural es la localización más frecuente de las formas extrapulmonares. El estudio histológico de la biopsia pleural es el método de diagnóstico de elección. El ADA es un método fácil de implementar, rápido y de relativo bajo costo. Entre las limitaciones debe considerarse que ADA suele elevarse en otras patologías. El valor de corte de ADA que se acepta en nuestro medio es mayor a 60 U/l. Adoptando ese valor, la prueba tiene una sensibilidad de 84% y una especificidad de 94%.

CASO CLINICO

Paciente sexo femenino, 38 años de edad sin antecedentes patológicos, HIV (-), con cuadro clínico insidioso, que ingresa con diagnóstico de NAC. Inicia tratamiento para gérmenes inespecíficos (Ceftriaxona- Claritromicina) sin respuesta favorable, con progresión de los infiltrados y derrame pleural bilateral; se cambia esquema ATB a Piperacilina Tazobactam + Vancomicina. Evoluciona en peoría y con criterios de Insuficiencia Respiratoria pasa a UTI donde se pancultiva y se rota esquema ATB a Imipenem y Colistin. El Hemocultivo, BAL, Espudo y Urocultivo son negativos. Se realiza punción pleural bilateral, con líquido de aspecto serohemático con baciloscopia negativa, cultivo para gérmenes comunes negativo y ADA de 142 UI/l. Con estos valores inicia tratamiento específico para TBC y suspende tratamiento ATB inespecífico luego de 21 días.



El control radiológico evidencia desaparición de los infiltrados y persistencia de una colección pleural paracardíaca derecha extensa. Se realiza nueva punción pleural de esta colección que resulta negativa para gérmenes comunes. Se externa a la paciente por razones sociales con conducta quirúrgica expectante

A dos meses de tratamiento específico, se constata resolución completa de la colección. Se reciben cultivos de líquido pleural y esputo que informan BAAR negativo.

CONCLUSION

Debido a que el ADA en líquido pleural tiene un porcentaje de resultados falsos negativos y positivos, su determinación no reemplaza al cultivo ni a la punción biopsia pleural, que siguen siendo los procedimientos de elección para el diagnóstico. La decisión de iniciar un tratamiento de TB pleural basándose en el valor de ADA, el cuadro clínico y/o la epidemiología del paciente, debería quedar reservado para casos puntuales, en los que la disponibilidad de la biopsia, las contraindicaciones a la misma u otros factores limiten su realización.

