



BAJA ADHESIÓN A LAS RECOMENDACIONES PARA EL CRIBADO DE TUBERCULOSIS LATENTE EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL: RESULTADOS DEL ESTUDIO INFEII DE GETECCU

Y. Zabana^{1,2}, R. de Francisco³, I. Rodríguez-Lago⁴, M. Chaparro^{2,5,6}, F. Gomollón^{2,7}, M. Piqueras⁸, J. Llaó⁹, B. Sicilia¹⁰, E. Domènech^{2,11}, O. García-Bosch¹², L. de Castro¹³, X. Calvet^{2,14,15}, V. Morales¹⁶, M. Rivero¹⁷, A.J. Lucendo^{2,6,18}, P. Navarro¹⁹, L. Márquez^{20,21}, D. Busquets²², J. Guardiola^{23,24}, J. Gordillo²⁵, E. Iglesias²⁶, B. Beltrán^{2,27}, E. Sesé²⁸, R. Ferreiro-Iglesias²⁹, F. Mesonero³⁰, R. Pajares³¹, A. Algaba^{32,33}, R. Vicente³⁴, O. Benítez¹, M. Aceituno^{1,2}, S. Riestra³, A. Rodríguez-Pescador⁴, J.P. Gisbert^{2,5,6}, M.T. Arroyo⁷, R. Mena⁸, E. Sáinz⁹, L. Arias-García¹⁰, M. Mañosa^{2,11}, M. Navarro¹², L. Sanromán¹³, A. Villòria^{2,14,15}, P. Delgado-Guillena¹⁶, M.J. García¹⁷, T. Anqueira¹⁸, M. Mínguez¹⁹, F. Murciano^{20,21}, C. Arajol²³ y M. Esteve^{1,2}

¹Hospital Universitari Mútua Terrassa. ²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). ³Hospital Central de Asturias, Oviedo. ⁴Hospital de Galdakao. ⁵Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. ⁶Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Madrid. ⁷Hospital Clínico Lozano Blesa y IIS Aragón, Zaragoza. ⁸Consorci Sanitari de Terrassa. ⁹Hospital Sant Joan de Déu Althaia, Manresa. ¹⁰Hospital Universitario de Burgos. ¹¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ¹²Hospital Moisès Broggi, Barcelona. ¹³Hospital Álvaro Cunqueiro-Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. ¹⁴Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell. ¹⁵Departament de Medicina, Facultat de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona. ¹⁶Hospital General de Granollers. ¹⁷Hospital Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander. ¹⁸Hospital General de Tomelloso. ¹⁹Hospital Clínico de Valencia. ²⁰Servei de Digestiu, Hospital del Mar, Barcelona. ²¹Institut Hospital del Mar d'Investigacions Mèdiques (IMIM), Barcelona. ²²Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona. ²³Hospital Universitari Bellvitge, IDIBELL, Barcelona. ²⁴Universitat de Barcelona. ²⁵Hospital Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ²⁶Hospital Reina Sofía, Córdoba. ²⁷Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²⁸Hospital Arnau de Vilanova, Valencia. ²⁹Hospital Universitario de Santiago, Álava. ³⁰Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid. ³¹Hospital Infanta Sofía, Madrid. ³²Hospital Universitario de Fuenlabrada. ³³Instituto de Investigación de La Paz (IdiPAZ), Madrid. ³⁴Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: El registro INFEII (ClinicalTrials.gov: NCT02904590) es un estudio prospectivo promovido por GETECCU para determinar la incidencia y los factores de riesgo de infección en una cohorte incidente de pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal (EII). A pesar de las medidas preventivas y las recomendaciones de las sociedades científicas, la tuberculosis (TB) sigue siendo un problema en pacientes con EII tratados con inmunosupresores (IMM) y tratamiento biológico.

Objetivos: Evaluar: 1) la detección de TB realizada en el momento de la inclusión de un paciente en el registro INFEII, 2) la incidencia de TB latente; y 3) el cumplimiento de las recomendaciones nacionales y europeas.

Métodos: Estudio prospectivo longitudinal de casos incidentes con EII, iniciado en octubre de 2016 y con un seguimiento planeado de 5 años. En septiembre de 2019, el registro INFEII incluía 1241 pacientes de 28 centros en toda España. El protocolo de estudio determina el cumplimiento

obligatorio de la detección de TB en cada paciente, dejando al centro la libertad de decisión sobre qué procedimientos realizar. Las guías recomiendan un estudio obligatorio antes de comenzar la inmunosupresión, especialmente con el tratamiento biológico, utilizando la combinación de la prueba cutánea de tuberculina (PPD) y el ensayo de liberación de interferón gamma (IGRA) o al menos PPD con una prueba de refuerzo (booster) (Riestra, EII al día, 2015; Rahier, JCC, 2014).

Resultados: De los 1.241 pacientes 233 (19%) no tenían registrada ninguna prueba de cribado, 494 (40%) tenían una [PPD 158, IGRA 299, Rx de tórax 37], 288 (23%) dos [PPD + IGRA 87, IGRA + Rx de tórax 130, PPD + Rx de tórax 30, PPD + booster 41], 128 (10%) tres [PPD + IGRA + Rx de tórax 65, PPD + booster + IGRA 23, PPD + booster + Rx de tórax 40] y 98 (7,9%) las 4 pruebas [PPD + booster + IGRA + Rx de tórax]. 486 pacientes (48%) recibieron inmunosupresión farmacológica (172 IMMS, 195 biológicos, 119 COMBO) y de éstos se realizó cribado según guías en 198 (41%) (131 PPD + IGRA y 118 PPD + booster), algún cribado de TB en 245 (50%) [PPD 43, IGRA 112, Rx de tórax 15, IGRA + Rx de tórax 57, PPD + Rx de tórax 18] y ningún método de cribado en 43 pacientes (8,8%). Con el cribado basal se detectó TB latente en 134 (13%) pacientes, y 63 (47%) recibieron quimioprofilaxis anti-TB. De los pacientes que iniciaron inmunosupresión se diagnosticó TB latente en 35 [de ellos, 28 habían recibido profilaxis pero 7 tratados con IMM no]. Se han identificado 4 casos de TB activa: 2 durante el cribado basal, uno sin cribado y uno con cribado negativo (PPD-IGRA negativos, sin booster que recibió tratamiento biológico).

Conclusiones: A pesar de que la TB en la EII es un problema relevante, existe un amplio margen de mejora para la realización de las recomendaciones de cribado mínimas obligatorias, incluso en los proyectos prospectivos protocolizados.