



Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad particularmente importante en los receptores de trasplantes renal, por la toxicidad e interacciones farmacológicas asociada con su manejo. La administración de rifampicina en el tratamiento inmunosupresor se hace más compleja por el riesgo de interacciones farmacológicas y / o por razones de toxicidad. Adicionalmente la rifabutina y rifapentina no están disponibles en Colombia. Se describe aquí el curso clínico de pacientes con TB asociada a trasplante renal en los que se uso la moxifloxacina (que tiene actividad significativa contra el *Mycobacterium tuberculosis*) sustituyendo con éxito las rifamicinas.

Objetivos

Describir la experiencia del uso de Moxifloxacina en pacientes con TB asociado a trasplante renal en un centro de referencia para trasplantes en Cali, Colombia

Métodos

A partir del registro de Trasplante Renal de la Fundación Valle del Lili (TRENAL) entre Oct-1995 y Dic-2013, se identificaron los pacientes con diagnóstico de tuberculosis (TB) en quienes se aisló *Mycobacterium tuberculosis*, y fueron tratados con Moxifloxacina. Esta se utilizó durante la primera y segunda fase del tratamiento. No requirió ajuste por la función renal.

Resultados

Se analizan 12 pacientes con diagnóstico de TB. Todos los casos tenían TB sensible a los medicamentos de primera línea. El promedio de edad fue 37.4 años y el promedio de tiempo con trasplante al momento del diagnóstico de TB fue 42 meses. Hubo predominio de hombres (8/12), y en receptores de donante fallecido (8/12). Al momento del diagnóstico el tratamiento inmunosupresor más frecuente fue CsA-MMF-Prednisona, seguido de Tacrolimus-MMF-Pred. Por las interacciones con ciclosporina y tacrolimus, se suspendió la rifampicina. Las formas de la TB eran pulmonar en 5/12 (41,6 %), diseminada en 2/12 (16 %), y extrapulmonar en 5/18 (42,6 %). El promedio de la creatinina sérica antes del diagnóstico de TB fue 1.46 mg/dl y después de 30 días al finalizar el tratamiento anti-TB la mediana fue 1.66mg/dl. Tres pacientes perdieron el injerto, pero solo en uno de ellos la causa se asoció a la TB (8.3%). Solo un paciente falleció (8.3 %) y la causa de muerte estuvo asociada a la infección por TB. En los sobrevivientes no se presentaron recaídas de la TB, ni desarrollo de resistencia en ningún caso. El tiempo promedio de seguimiento después de la TB fue de 43.9 meses.

Paciente	Edad al diagnóstico de TB	Tipo donante	Tiempo entre el trasplante y el diagnóstico de TB (meses)	Profilaxis isoniazida	PPD Pretrasplante	Tipo TB	Esquema de Tratamiento de TB	Cambio Inmunosupresión	Inmunosupresor retirado	Coinfección	Perdida del Injerto	Perdida del Injerto asociada a TB	Estado al ultimo seguimiento	Muerte asociada a TB	Sobrevivida al ultimo seguimiento (meses)
1	60,2	Vivo	19,9	Si	16	Traqueal	H-Mfx-PZ-E	Si. CsA-MS-Pred	EVRL Sotrataurin	No	No	NA	Vivo	NA	42,6
2	29,4	Vivo	5,7	No	15	Articular	H-Mfx-PZ-E	No	Ninguno	Poliomavirus	No	NA	Vivo	NA	6,2
3	29,4	Vivo	29,6	No	SD	Miliar	H-Mfx-PZ-E	No	Ninguno	No	No	NA	Vivo	NA	49,7
4	56,6	Fallecido	7,7	No	SD	Pulmonar	H-Mfx-PZ-E	No	Ninguno	No	No	NA	Vivo	NA	69,9
5	36	Fallecido	29,2	No	SD	Ganglionar	H-Mfx-PZ-E	No	Ninguno	No	Si	No	Vivo	Na	60,9
6	37,8	Fallecido	14,3	No	SD	Articular	H-Mfx	No	Ninguno	No	No	NA	Vivo	NA	110,1
7	27,8	Vivo	31,3	No	SD	Pulmonar	H-Mfx	Si. Suspensión temporal MMF	MMF	No	No	NA	Vivo	NA	53,9
8	30,4	Fallecido	36	No	SD	Peritoneal	H-Mfx-E	Si. Reducción dosis SRL	Ninguno	No	No	NA	Vivo	NA	71,4
9	19,1	Vivo	74	No	SD	Pulmonar	H-Mfx-PZ-E	No	Ninguno	No	No	NA	Vivo	NA	0,5
10	22	Fallecido	19,5	No	SD	Miliar	H-R-PZ-E-Eto-Mfx	Si. Suspensión de inmunosupresión	CsA AZT Pred	No	Si	Si	Muerto	Si	5,4
11	53,2	Fallecido	149,9	No	SD	Pulmonar	H-Mfx-PZ-E	No	Ninguno	No	Si	Si	Vivo	Na	8,5
12	48,8	Vivo	132,8	No	SD	Pulmonar	Am-Mfx H-R-PZ-E	Si. Suspensión de inmunosupresión por 9 días	CsA MMF PRed	P. aeruginosa	No	SD	Vivo	Na	47,1

Conclusiones

La moxifloxacina puede ser una opción de tratamiento en pacientes con trasplante renal y TB , en quienes se tenga interacción / toxicidad por rifampicina, o que no se disponga de rifabutina.

Bibliografía

1. Early and extended early bactericidal activity of levofloxacin, gatifloxacin and moxifloxacin in pulmonary tuberculosis. Johnson JL, Hadad DJ, Boom WH, Daley CL, Peloquin CA, Eisenach KD, Jankus DD, Debanne SM, Charlebois ED, Maciel E, Palaci M, Dietze R. Int J Tuberc Lung Dis. 2006 Jun; 10(6):605-12.
2. Niemi M, Backman JT, Fromm MF, Neuvonen PJ, Kivistö KT. Pharmacokinetic interactions with rifampicin: clinical relevance. Clin Pharmacokinet. 2003; 42(9):819-50.
3. Management of and risk factors related to hepatotoxicity during tuberculosis treatment. Babalik A, Arda H, Bakırcı N, Ağca S, Oruç K, Kızıltaş S, Cetintaş G, Çalışır HC. Tuberk Toraks. 2012 Jun; 60(2):136-44.