

Reporte de caso

TUBERCULOSIS PULMONAR ASOCIADA A INFLIXIMAB. A PROPÓSITO DEL PRIMER CASO REPORTADO EN CUBA

Infliximab-Associated Pulmonary Tuberculosis. Regarding the First Case Reported in Cuba

DONEL GONZÁLEZ-DÍAZ 

Especialista de primer grado en Neumología y Medicina General Integral. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

CARLOS JAVIER MERINO-PERALTA 

Residente de segundo año en Neumología. Hospital Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

SERGIO FERNÁNDEZ-GARCÍA 

Especialista de segundo grado en Neumología y Medicina General Integral. Msc. Enfermedades Infecciosas. Profesor e Investigador Auxiliar. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

DRIALIS DÍAZ-GARRIDO 

Especialista de primer grado en Neumología y Medicina General Integral. Msc. Urgencias médicas. Profesora Instructora. Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras. La Habana, Cuba.

Autor para correspondencia: Dr. Donel González-Díaz
Email: dmachual@gmail.com

Recibido: 09/11/2020
Aceptado: 31/12/2020

RESUMEN

La terapia con fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa ha sido beneficiosa en el tratamiento de varias enfermedades como las del tejido conectivo e inflamatorias del intestino, pero no está exenta de riesgos. Las principales complicaciones de estas drogas inmunosupresoras son las infecciones, y la tuberculosis pulmonar es una de las principales afecciones, que se pueden observar en los pacientes con este tipo de tratamiento. Se presentó una mujer de 31 años, atendida en el Hospital Clínico Quirúrgico Hermanos Ameijeiras, La Habana, Cuba, con antecedentes de colitis ulcerativa, que hace 3 meses recibe terapia con Infliximab. Acude al hospital por referir 4 días previos al ingreso, fiebre de 39^o C dos veces al día, acompañándose de cefalea, pérdida del apetito y dolor en la región perineal. Se le realizó radiografía de tórax, donde se describe radiopacidad heterogénea que va desde el cuerno superior del hilio derecho hasta planos axilares, en la tomografía axial de tórax reportan consolidación en segmento anterior del lóbulo superior

derecho con presencia de broncograma aéreo y en el lavado bronquial microbiológico para bacilos ácido-alcohol resistentes se informó codificación 8, positivo a *Mycobacterium tuberculosis*. El diagnóstico preciso de tuberculosis relacionada con el uso de fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa requiere un alto índice de sospecha y una investigación detallada. Existe un alto grado de complejidad diagnóstica, por la existencia de un amplio espectro clínico y la necesidad de excluir otras enfermedades.

Palabras claves: tuberculosis, Infliximab, factor de necrosis tumoral alfa, colitis ulcerativa.

1. Introducción

La infección por *Mycobacterium tuberculosis* o bacilo tuberculoso es considerada una enfermedad infecciosa reemergente que aún azota en este milenio. (Lönnroth K *et al.*, 2008).

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa granulomatosa progresiva causada por los bacilos gram positivos ácido alcohol resistentes (BAAR) clasificados en el género *Mycobacterium*. El que afecta principalmente a los humanos es el denominado *Mycobacterium tuberculosis*. (Khan *et al.*, 2019)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) plantea que alrededor 10,4 millones de personas desarrollan tuberculosis (TB) anualmente y 1,7 millones mueren en todo el mundo por esta enfermedad, convirtiéndola en la principal causa de muerte infecciosa, por encima del virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) Además plantea que la tuberculosis es la novena causa de muerte en todo el mundo. (WHO, 2019)

Cuba, no está exenta a esta situación. En la actualidad muestra un perfil semejante al de países desarrollados o en vías de desarrollo. Según datos recogidos en el anuario estadístico nacional de salud de Cuba, publicado en el 2020, refleja que, en el año 2019, la incidencia de tuberculosis, fue de 588 casos. El grupo de edad más afectado es el de 15 a 64 años, con 485 personas enfermas. En la provincia de La Habana es donde se exhiben mayores números, con 194 casos. La tuberculosis se ubicó entre las 35 primeras causas de muerte, con una tasa bruta 0,3 por 100 000 habitantes, ocupa a su vez el primer lugar de mortalidad dentro de las enfermedades de declaración obligatoria. (Cuba., Anuario estadístico, 2019)

La explosión demográfica, las familias numerosas generalmente en viviendas deficientes, la mala calidad de vida empeorada por la desnutrición proteico-calórica, el tabaquismo, el abuso de alcohol, el bajo nivel educacional y con ello baja percepción de riesgo, son factores contextuales que en su conjunto se potencializan y se relacionan directamente con la aparición y transmisibilidad de la enfermedad tuberculosa. (Khan *et al.*, 2019).

Existen condiciones que aumentan el riesgo de desarrollarla, principalmente las vinculadas a inmunodepresión por enfermedades (VIH/SIDA, enfermedades autoinmunes, hematooncológicas, etcétera), o por administración de drogas inmunosupresoras. (Gruss *et al.*, 2020)

La colitis ulcerosa es una enfermedad (CU) es una enfermedad inflamatoria del tracto gastrointestinal, que es crónica y recidivante. Esta afecta la mucosa y la submucosa del colon, caracterizada por un proceso ulcerativo, supurado, que se inicia generalmente en los sectores colónicos terminales, con tendencia a prolongarse en sentido proximal, pudiendo tomar todo el colon. (Chao., 2015)

Se considerada una enfermedad de la sociedad moderna, cada día se diagnostican nuevos casos, causando afectaciones graves en la calidad de vida de los pacientes, tanto por los síntomas intestinales como extraintestinales, además de las complicaciones *per se* de la enfermedad. A nivel mundial, la CU

es la enfermedad más frecuente dentro de las inflamaciones intestinales, su incidencia es de 1,2 a 20,3 casos/100 000 personas/año y su prevalencia es 7,6 a 246 casos/100 000 por año. Estados Unidos con 1,4 millones de casos, se considera el país más afectado y en Europa se reportan más de 2 millones de enfermos, aunque también es común en América del Sur. En Cuba hay informes donde se plantea una incidencia de 7 a 10 casos por 100 000 habitantes por año y una prevalencia de 50-80 casos por 100 000 habitantes por año. (Hano *et al.*, 2016)

En la actualidad el grupo de drogas inmunosupresoras, que han demostrado ser beneficiosas en el tratamiento de enfermedades inflamatorias crónicas como: la artritis reumatoidea, la espondilitis anquilosante, la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerativa crónica, se destacan los fármacos antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF- α) como el Infliximab, adalimumab, certolizumab entre otros. (Gruss *et al.*, 2020)

Las principales complicaciones de estos fármacos son las infecciones y la TB pulmonar es una de las principales afecciones, que se pueden observar en los pacientes que utilizan estos anti-TNF- α . (Bernal *et al.*, 2016)

La TB pulmonar que se presenta en estos casos, se plantea que se puede desarrollar a partir de la reactivación endógena de una infección tuberculosa latente (ITBL) en un individuo que ha tenido contacto previamente con el *Mycobacterium tuberculosis*, o por progresión de una infección adquirida recientemente. (Gruss *et al.*, 2020)

En Cuba, el Infliximab se está utilizando principalmente en los casos diagnosticados con espondilitis anquilosante, con una casuística no es muy elevada de enfermos que están en tratamiento con los anti-TNF- α y aún no existe en la literatura ningún reporte de caso con infección por micobacterias. Es necesario aclarar que antes de su uso a todos los pacientes se les realiza la prueba de tuberculina.

A continuación, se reporta el primer caso cubano en la literatura, de tuberculosis pulmonar asociada a un anti-TNF- α en el tratamiento de una colitis ulcerosa.

2. Presentación del caso clínico

Paciente de sexo femenino de 31 años.

Antecedentes: colitis ulcerosa hace 2 años, en tratamiento con Infliximab (hace 3 meses) por fístula recto vaginal, derrame pleural hace 1 año que resolvió de manera espontánea. No tiene historia de consumo de cigarrillo, alcohol ni otras drogas. Niega contacto epidemiológico con pacientes diagnosticados con tuberculosis. Prueba de tuberculina antes de iniciar la terapia con Infliximab: 0 mm. (negativa o no reactiva)

Paciente que refirió presentar, 4 días previos al ingreso, fiebre 2 veces al día (39^o C), la cual se acompañó de cefalea, pérdida del apetito y dolor en la región perineal.

Al examen físico: se constató temperatura 39^o C, Frecuencia cardiaca: 78 latidos por minuto. Frecuencia respiratoria: 18 respiraciones por minuto. Saturación O₂: 98 %. Tórax y pulmones: inspección: normal; palpación: normal; percusión: normal; auscultación: normal. Tacto rectal: ampolla rectal vacía, dolor a la palpación en la pared anterior del recto. Región vulvar: dolorosa al tacto, además de edematosa.

Exámenes complementarios relevantes:

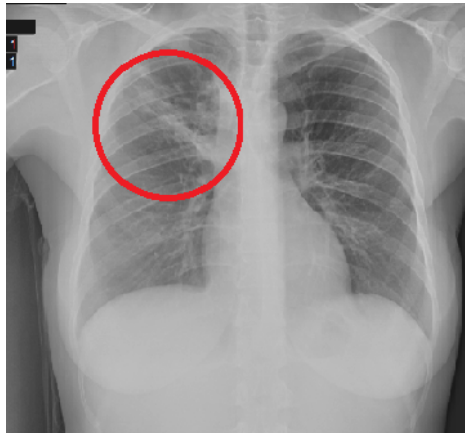
Velocidad de Sedimentación Globular (VSG): 38 mm/h (elevada)

Imagenología:

Radiografía de tórax posteroanterior, se observó presencia de radiopacidad heterogénea que va desde el cuerno superior del hilio derecho hasta planos axilares, no atrae las estructuras del mediastino y se proyecta el segmento apical-posterior del lóbulo superior derecho. (figura 1)

Figura 1.

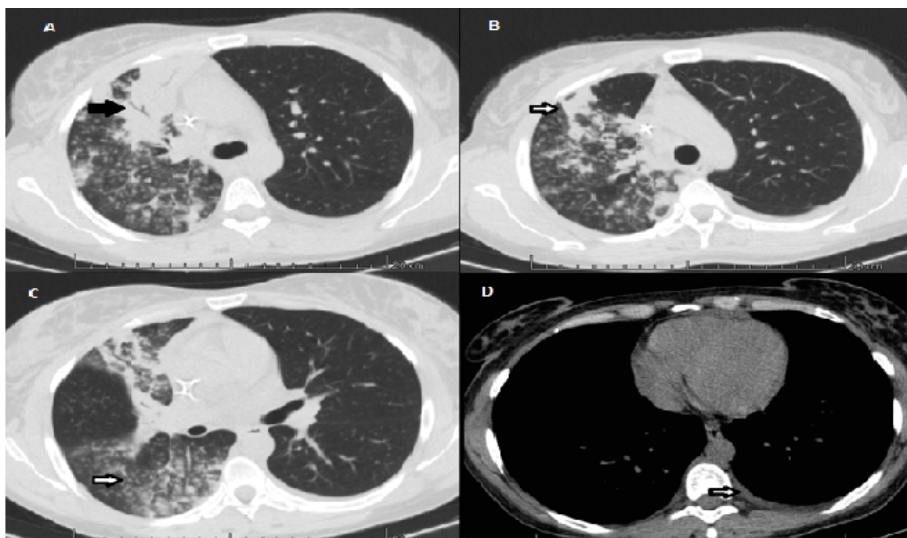
Radiografía posteroanterior de tórax. Presencia de radiopacidad heterogénea (círculo rojo) que va desde el cuerno superior del hilio derecho hasta los planos axilares, se proyecta hasta el segmento apical del lóbulo superior derecho y no atrae estructuras del mediastino.



Tomografía axial computarizada de tórax (TAC), se observó consolidación en segmento anterior del lóbulo superior derecho con presencia de broncograma aéreo. Además de múltiples pequeños focos consolidativos en el pulmón derecho. Pequeños nódulos mal definidos con distribución centrolobulillar relacionado con afección de la vía aérea pequeño aumento de la atenuación en vidrio deslustrado en segmento basal anteromedial del lóbulo inferior izquierdo. Múltiples adenomegalias mediastinales la mayor paratraqueal de 2cm. Ligero derrame pleural izquierdo. (figura 2)

Figura 2.

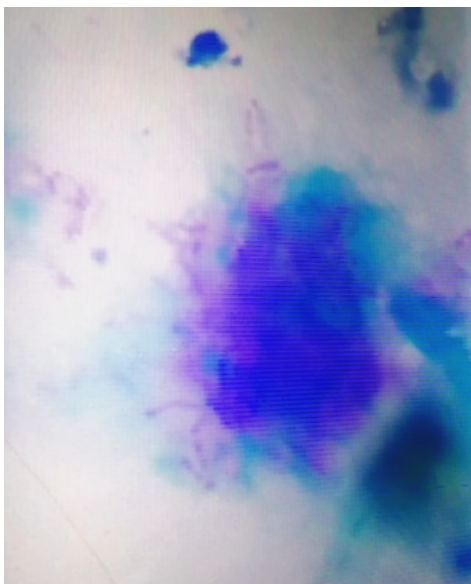
Tomografía axial computarizada de tórax. Cortes axiales. A: se observa consolidación en lóbulo superior derecho, con presencia de broncograma aéreo; B: múltiples pequeños focos consolidativos; C: pequeños nódulos mal definidos de distribución centrolobulillar; D: derrame pleural ligero.



Se realiza broncoscopia la cual informa en tráquea, tercio inferior de pared lateral derecha lesiones blanquecinas y presencia de imágenes granulares que se extienden al bronquio lobar superior derecho, en árbol bronquial derecho, lesiones blanquecinas con imágenes granulares de la mucosa, se toma muestra de lavado bronquial para bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR), codificación 8 (figura 3).

Figura 3.

Muestra de lavado bronquial BAAR. Se observan los bacilos correspondientes al *Mycobacterium tuberculosis*.



Diagnóstico definitivo: tuberculosis pulmonar, caso nuevo baciloscopia positiva (BK +), posteriormente se inicia tratamiento con drogas antituberculosas según lo establecido en el programa de control nacional de tuberculosis: fase 1: Isoniazida 300 mg por día, Rifampicina 600 mg por día. Pirazinamida 1500 mg por día y Etambutol 1200 mg por día, para completar 60 dosis diarias, con evolución clínica y radiológica favorable. Se encuentra en la segunda fase del tratamiento, 3 veces por semana a completar 48 dosis, con las drogas antituberculosas: Isoniazida 600 mg por día y Rifampicina 600 mg por día.

La paciente reportada mantiene buen estado general y hemodinámico. Continúa en seguimiento por la consulta de Neumología y Gastroenterología.

3. Discusión

La novedad del caso presentado es que, a diferencia de los reportes internacionales donde hacen énfasis en la relación de Infliximab y artritis reumatoide, este se asocia a una enfermedad inflamatoria tracto gastrointestinal.

La terapia con anti TNF- α ha sido beneficiosa en el tratamiento de las enfermedades del tejido conectivo y enfermedades inflamatorias del intestino, pero no está exenta de riesgos. Varios estudios realizados en diferentes regiones del mundo han demostrado la relación directa del uso de anti TNF- α con la presencia de infecciones, en especial las conocidas como oportunistas y granulomatosas. Es necesario destacar la tuberculosis, a pesar de las medidas de cribado que se les realiza a los enfermos, para su detección latente, se han presentados casos de primoinfección tuberculosa durante

el tratamiento con anti TNF- α , con prueba de tuberculina negativa antes del inicio del uso de los anticuerpos monoclonales, como el caso reportado. (Bernal *et al.*, 2016, Galvis *et al.*, 2018)

En un estudio realizado en Estados Unidos en el año 2001, que fueron los primeros en describir en su serie de 70 casos, 40 de ellos desarrollaron tuberculosis, después de recibir Infliximab, posteriormente a finales del mismo año se reportó un total de 117 casos de tuberculosis relacionados con esta causa. (Keane *et al.*, 2001).

Al año siguiente, se identificaron 106 casos de tuberculosis al emplear Infliximab y demostraron igualmente una cercana asociación temporal droga-efecto. (Wallis *et al.*, 2004)

Sin embargo, en un estudio de cohorte retrospectivo, incluyeron 980 pacientes que recibieron los fármacos anti TNF- α entre los años 2010 y 2016, de ellos solo 9 casos presentaron la enfermedad tuberculosa, y ninguno se relacionó con el uso de Infliximab. (Gruss *et al.*, 2020)

La incidencia de tuberculosis en pacientes bajo tratamiento anti TNF- α varía según los estudios y áreas geográficas. Disímiles han sido las investigaciones en el transcurso de los años, que describen el uso de este tipo de medicamentos con la aparición de la tuberculosis. En Francia se encontró una incidencia anual ajustada de tuberculosis 187,5 por 100.000 tratados con Infliximab, (Tubach, *et al.* 2009), la *Food and Drug Administration* (FDA) reportó 47,6 casos por 100.000 de quienes recibían Infliximab (FDA., 2016) y en Inglaterra, encontraron que la tasa fue con 136 eventos por 100.000 personas por año de los tratados con Infliximab. (Dixon *et al.*, 2010)

En Estados Unidos describen una tasa de desarrollo de tuberculosis superior a 80 por 100.000 durante los primeros 90 días de tratamiento con Infliximab. (Wallis *et al.*, 2004).

En Colombia, presentan un caso con diagnóstico de enfermedad de Crohn y hacen un análisis comparativo de los casos de tuberculosis, asociados al tratamiento con antagonistas de anti TNF- α reportados durante los últimos diez años, de un total de 10 casos de tuberculosis reportados por el uso de medicamentos anticuerpos monoclonales, 8 fueron del sexo femenino y solo 2 masculinos, con una edad media de 50 años, asociados a los diagnósticos médicos de artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedades mixtas del tejido conectivo y enfermedad de Crohn. (Galvis *et al.*, 2018), como se puede observar en la investigación predominó el sexo femenino, el caso presentado es del mismo género, pero difiere en cuanto a la edad de presentación de la enfermedad tuberculosa.

En Uruguay, la incidencia reportada es 16,5 veces mayor que en la población general, los datos estadísticos reportan globalmente un 419,9 (IC 95% 191,9-591,2) por 100.000 personas/año. (Gruss *et al.*, 2020)

En cuanto a la forma de presentación de la enfermedad tuberculosa, la literatura consultada muestra un predominio de tuberculosis extrapulmonar hasta en un 60-80% de los casos y la tercera parte de los casos reportados debutan en forma diseminada, por lo que dificulta aún más el diagnóstico. (Gruss *et al.*, 2012, Galvis *et al.*, 2018, Gruss *et al.*, 2020), dato este que difiere del caso presentado que se manifestó la tuberculosis en su forma pulmonar.

Varias investigaciones hacen énfasis en la forma de presentación de la tuberculosis en los pacientes con tratamiento de anti TNF- α . Hay autores que registraron que el 31 % de los pacientes habían presentado tuberculosis pulmonar, 33 % extrapulmonar y 24 % diseminada. (Keane, *et al.*, 2001).

En otro análisis de casos reportados, 4 enfermos presentaron tuberculosis pulmonar y extrapulmonar respectivamente, y solo dos pacientes tuvieron la forma diseminada de la enfermedad tuberculosa, de ese total de 10 casos, 5 utilizaron Infliximab como tratamiento a su diagnóstico médico (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, enfermedad de Crohn y enfermedad mixta del tejido conectivo)

y la forma de presentación pulmonar y extrapulmonar coincidieron (2 casos de cada una) y una a forma diseminada. (Galvis *et al.*, 2018).

Sin embargo, hay otro estudio que presenta resultados diferentes en su investigación, donde expresa que predominan las formas de tuberculosis diseminadas (6/9) sobre la afectación pulmonar aislada (3/9). (Gruss *et al.*, 2020).

Basados en la evidencia, los colegios médicos han emitido recomendaciones para el uso seguro del Infiximab, que incluye desde el método clínico hasta el uso de pruebas diagnósticas no invasivas, pues la indagación de las manifestaciones clínicas mediante el interrogatorio, el examen físico, antecedentes de contactos con personas tuberculosas, provenir o vivir en aéreas endémicas, haber padecido la enfermedad, régimen y duración del tratamiento utilizado, así como la realización de una prueba de la tuberculina, baciloscopías seriadas en todos los pacientes, permiten elaborar la hipótesis diagnóstica presuntiva de esta afección y se contrasta esta, o se confirma con la valoración de la semiología de las imágenes, para sobre su base tomar las decisiones terapéuticas. (Verduzco, 2005).

4. Conclusión

El caso presentado no relató la sintomatología clásica de la tuberculosis, pero el riesgo de presentación relacionada a los medicamentos anti TNF- α , tiene un alto índice de sospecha y una investigación detallada confirmó el diagnóstico certero. Existe un alto grado de complejidad diagnóstica, por la existencia de un amplio espectro clínico y la necesidad de excluir otras enfermedades.

5. Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

6. Aspectos éticos

Se contó con autorización del comité de ética y del consentimiento informado del paciente.

7. Financiamiento

Este trabajo no recibió financiamiento alguno.

Referencias Bibliográficas

Bernal J A, Andrés M, Jovaní V, García-Sevila R, Begazo A, Vela P. Primoinfección tuberculosa en pacientes con anti-TNF- α y cribado inicial negativo. *Reumatol Clin*; 12(2):81–84. 2016. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-primoinfeccion-tuberculosa-pacientes-con-anti-tnf--articulo-S1699258X15000686>

Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. 2019, La Habana: MINSAP. 2020 Disponible en: <http://files.sld.cu/bvscuba/files/2020/05/Anuario-Electr%C3%B3nico-Espa%C3%B1ol-2019-ed-2020.pdf>

- Chao Gonzales L. Colitis ulcerosa. Enfermedad inflamatoria crónica del intestino. En: Paniagua Esteves ME, Piñol Jiménez FN. Gastroenterología y hepatología clínica. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 1364-1408. 2015. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/gastroenterologia_hepatologia_tomo4/gastroenterologia_tomo4
- Dixon WG, Hyrich KL, Watson KD, Lunt M, Galloway J, Ustianowski A, *et al.* Drug-specific risk of tuberculosis in patients with rheumatoid arthritis treated with anti-TNF therapy: Results from the British Society for Rheumatology Biologics Register (BSRBR). *Ann Rheum Dis*; 69: 522-8, 2010. Disponible en: <https://doi.org/10.1136/ard.2009.118935>
- Federal Drug Administration. Advisory Commite Safety of TNF Inhibitors. Remicade, Infliximab (cA2), chimeric (human/murine) IgG1 for use in rheumatoid arthritis. FDA.BLA99-0128. 2016. Disponible en: <https://www.fda.gov/media/95998/download>
- Galvis L, Sánchez Á Y, Jurado L F, Murcia M I. Tuberculosis asociada a antagonistas del factor de necrosis tumoral alfa, presentación de un caso y análisis de los casos reportados en Colombia. *Biomédica.*, 38:7-16, 2018. Disponible en: doi: <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i0.3273>
- Gruss A I, Torres S, Salisbury J P, Quintana E, Curbelo P. Primer caso en Uruguay de tuberculosis asociada a terapia con agentes biológicos. *Rev Méd Urug*, 28(3): 205-208. 2012. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902012000300007
- Gruss A, Contrera M, Piñeiro N, Perna A, Gambogi R, Alemán A, Correa F, Albornoz H. Incidencia de tuberculosis en pacientes que reciben fármacos anti-TNF α . *Rev Méd Urug*, 36(1):12-19, 2020. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v36n1/1688-0390-rmu-36-01-23.pdf>
- Hano García OM, Andrade Gomes S, Villa Jiménez OM, González Fabian L, Wood Rodríguez L. Caracterización de pacientes con colitis ulcerosa atendidos en centro de nivel terciario. *Revista Cubana de Medicina*; 55(1):46-58. 2016. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232016000100005
- Keane J, Gershon S, Wise RP, Mirabile-Levens E, Kasznica J, Schwiertman WD, *et al.* Tuberculosis associated with Infliximab, a tumor necrosis factor alpha-neutralizing agent. *N Engl J Med*, 345(15):1098-104. 2001. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11596589/>
- Lönnroth K, Raviglione M. Global epidemiology of tuberculosis: prospects for control. *Semin Respir Crit Care Med*, 29(5): 481-49. 2008. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18810682/>
- M K Khan, M N Islam, J Ferdous, M M Alam. An Overview on Epidemiology of Tuberculosis. *Mymensingh Med J.*, 28(1): 259-266, 2019. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30755580/>
- Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la tuberculosis 2019. Ginebra: la organización; WHO / CDS / TB 2018.20. 2019. Disponible en: https://www.who.int/tb/publications/global_report/en/
- Tubach F, Salmon D, Ravaud P, Allanore Y, Goupille P, Bréban M, *et al.* Risk of tuberculosis is higher with antitumor necrosis factor monoclonal antibody therapy than with soluble tumor necrosis factor receptor therapy: The three-year prospective French Research Axed on Tolerance of Biotherapies registry. *Arthritis Rheum.* 60:1884-94. 2009. Disponible en: <https://doi.org/10.1002/art.24632>

Verduzco Díaz M.J. Dos casos de reactivación de tuberculosis pulmonar por Infliximab: Problemas y propuestas de solución. *REV INST NAL ENF RESP MEX* 18 (1): 27-37, 2005. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/iner/in-2005/in051f.pdf>

Wallis RS, Broder MS, Wong JY, Hanson ME, Beenhouwer DO. Granulomatous infectious diseases associated with tumor necrosis factor antagonists. *Clin Infect Dis*, 38:1261-5. 2004. Disponible en: <https://doi.org/10.1086/383317>

ABSTRACT

Tumor necrosis factor alpha antagonist drug therapy has been beneficial in the treatment of several diseases such as connective tissue and inflammatory bowel diseases, but it is not without risks. The main complications of these immunosuppressive drugs are infections, and pulmonary tuberculosis is one of the main conditions, which can be observed in patients with this type of treatment. A 31-year-old woman, treated at the Hermanos Ameijeiras Clinical Surgical Hospital, Havana, Cuba, with a history of ulcerative colitis, who has been receiving Infliximab therapy for 3 months, presented. He went to the hospital for referring 4 days prior to admission, a fever of 39.0 C twice a day, accompanied by headache, loss of appetite and pain in the perineal region. A chest X-ray was performed, which described heterogeneous radiopacity that goes from the upper horn of the right hilum to axillary planes, in the chest axial tomography they report consolidation in the anterior segment of the right upper lobe with the presence of air bronchogram and in the bronchial lavage microbiological for acid-fast bacilli coding 8, positive for mycobacterium tuberculosis was reported. Accurate diagnosis of tuberculosis related to the use of tumor necrosis factor alpha antagonist drugs requires a high index of suspicion and detailed investigation. There is a high degree of diagnostic complexity, due to the existence of a wide clinical spectrum and the need to exclude other diseases.

Keywords: tuberculosis, Infliximab, tumor necrosis factor alpha, ulcerative colitis.
