



Tuberculosis

F. Marcos Sánchez, A. Blanco Jarava, M. Yzusqui Mendoza, A. Vizuete Calero y J.O. Magallanes Gamboa

Servicio de Medicina Interna. Hospital de Nuestra Señora del Prado. Talavera de la Reina. Toledo. España.

Palabras Clave:

- VIH
- Tuberculina
- Tuberculosis multirresistente

Keywords:

- HIV
- Tuberculin
- Multidrug-resistant tuberculosis

Resumen

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más prevalente del mundo. España es uno de los países con mayor número de casos declarados. La forma pulmonar es la más frecuente. Las formas extrapulmonares y diseminadas son más frecuentes en los inmunodeprimidos. El diagnóstico de la infección tuberculosa reside en la prueba de la tuberculina y las detecciones del interferón gamma. Para el diagnóstico de la enfermedad tuberculosa son necesarios los exámenes microscópicos, cultivos y métodos moleculares (PCR). La quimioprofilaxis está indicada en pacientes con infección reciente, infección por el VIH, lesiones residuales pulmonares, pacientes que van a recibir tratamiento con fármacos anti-TNF o candidatos a trasplante. El fármaco más utilizado es la isoniazida, habitualmente durante 6 meses. Para el tratamiento deberán emplearse múltiples fármacos (a menudo 4) en una única toma durante un tiempo no inferior a 6 meses.

Abstract

Tuberculosis

Tuberculosis is the most prevalent infectious disease of the world. Spain is one of the countries with the highest number of reported cases. Pulmonary form is the most frequent. Extrapulmonary and disseminated forms are more common in immunosuppressed patients. Diagnosis of tuberculosis infection is performed by tuberculin skin test and interferon-gamma assays. Diagnosis of tuberculosis disease is carried out by microscopic examination, cultures and molecular methods (PCR). The chemoprophylaxis will be administered in patients with recent infection, with HIV infection or with pulmonary residual lesions; patients to be treated with anti-TNF drugs or transplant candidates. Isoniazid is the drug most commonly used, usually for 6 months. Multiple drugs (frequently 4) are required for the treatment of tuberculosis with a single daily dose for a period not less than 6 months.

Agente etiológico

El agente causal de la tuberculosis es un bacilo perteneciente al género *Mycobacterium* que forma el complejo *M. tuberculosis* junto con *M. africanum*, *M. microti*, *M. bovis* y *M. canettii*. Es un germen con una lenta capacidad de división que es la causante de una clínica poco específica y de una instauración progresiva de la enfermedad.

En determinadas situaciones, cuando las condiciones ambientales son adversas (pH bajo y/o baja tensión de oxígeno) pasa a un estado latente. Este hecho explica la perpetuación de la endemia.

Desde el punto de vista epidemiológico, tiene importancia el individuo infectado sin enfermedad activa, ya que es el reservorio más importante de *M. tuberculosis*. Aunque el reservorio fundamental de *M. tuberculosis* es el hombre, en otras especies como *M. bovis* es el ganado bovino.

Epidemiología

Se estima que alrededor de dos billones de personas (un tercio de la población mundial) están infectadas por el bacilo tuberculoso. La incidencia global de la tuberculosis ha alcanzado su pico máximo alrededor del año 2003 y posteriormente está declinando lentamente.

En el año 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estimaba que la prevalencia de la enfermedad activa era de 14,4 millones, con una incidencia de nuevos casos de 9,2 millones. Esto significa que la tuberculosis es la enfermedad infecciosa más prevalente en el mundo¹.

La pobreza, la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la multirresistencia activan la perpetuación de la epidemia tuberculosa. Globalmente el 95 % de los casos de tuberculosis ocurre en los países en vías de desarrollo¹. De entre los nuevos casos en el año 2006, se estima que alrededor del 7 % estaban coinfectados por el VIH y el 85 % de los mismos se presentaban en África. En este año se estimaba que medio millón de casos presentaban tuberculosis multirresistente, predominante en Europa del Este^{2,3}. En Europa, la mayor incidencia se presenta en la antigua U.R.S.S. y ex Yugoslavia, seguida por Turquía y Portugal. Las tasas más bajas, por el contrario, se encuentran en la zona este del Mediterráneo, Escandinavia e Islandia. España es uno de los países desarrollados de la Unión Europea con más casos de tuberculosis declarados⁴.

Mecanismos patogénicos

La vía aérea es el mecanismo de transmisión más frecuente por medio de gotitas aerosolizadas de 1-5 micras que son producidas por el enfermo al reír o toser. Cada gotita lleva una carga bacilar de entre 1 y 5 bacilos que alcanzan el alveolo. La vía digestiva no suele ser la predominante (ya que la pasteurización de la leche es obligatoria) pero la enfermedad por *M. bovis* se contrae también por ingesta de leche contaminada.

En el 70 % de los casos de tuberculosis, la localización más habitual es la pulmonar.

La enfermedad se puede desarrollar durante la infección primaria o durante la reactivación. La infección primaria es más frecuente en el niño y la reactivación en el adulto. Las edades extremas de la vida son más vulnerables (niños menores de 5 años o adultos de más de 65).

Existen una serie de factores de riesgo: coinfección por el VIH, neoplasias sólidas, enfermedad pulmonar (silicosis, fibrosis, tabaquismo), uso de inmunosupresores, receptores de trasplantes, hemodiálisis, diabetes mellitus, bajo peso corporal, cirugía abdominal (gastrectomía y *shunt* yeyuno-ileal).

Formas de comienzo

Las manifestaciones clínicas de la infección tuberculosa son inespecíficas y muy variadas, pudiendo distinguirse una clínica general y otras referidas al órgano o sistema afectado.

Se puede realizar una clasificación de las formas más frecuentes de comienzo según la condición clínica, la afectación pulmonar y la inmunodepresión.

Atendiendo a las formas clínicas de presentación

Clásicamente, el cuadro clínico consiste en una afectación general, con adelgazamiento, astenia, anorexia, febrícula (vespertina, frecuentemente) y sudoración nocturna. No debemos olvidar que en un 10-20 % de los casos la enfermedad se presenta de manera asintomática (diagnóstico por hallazgos de laboratorio).

En países con una elevada prevalencia afecta fundamentalmente a jóvenes menores de 30 años; por el contrario, en países con baja prevalencia los más afectados son los ancianos.

Está asociada con otras enfermedades: VIH, alcoholismo, drogadicción, silicosis, diabetes y estados de inmunodepresión (insuficiencia renal, enfermedades oncológicas, enfermedades autoinmunitarias, etc.).

Atendiendo al órgano o sistema afecto

Cualquier órgano o sistema puede verse afectado por la tuberculosis, pero en la mayoría de los casos (85-90 %) la forma pulmonar es la más frecuente (debido a la puerta de entrada del bacilo). Le siguen en frecuencia la afectación pleural, ganglionar periférica, osteoarticular, genitourinaria, miliar, sistema nervioso central y otras con localización pericárdica, laríngea, cutánea y gastrointestinal.

La tuberculosis pulmonar (TBC pulmonar), clínicamente, suele presentarse como un cuadro de varias semanas de tos, expectoración (a veces hemoptoica) y sintomatología general (febrícula, sudoración y pérdida de peso). En las formas avanzadas puede aparecer disnea y dolor torácico⁵.

Clásicamente se describen dos formas de TBC pulmonar que comentamos a continuación.

Tuberculosis primaria

Afecta a individuos nunca expuestos al bacilo tuberculoso. Suele pasar inadvertida (detectada por la positividad de la tuberculina), pero en una proporción variable de enfermos (que va a depender, fundamentalmente, de la carga bacilífera y del estado inmunitario) cursará con las manifestaciones resumidas en la tabla 1.

TABLA 1

Afectación pulmonar en la tuberculosis primaria

Complejo primario	Infiltrado parenquimatoso asociado a adenopatías hiliares
Adenopatía hilar o paratraqueal	50 % de los casos, derecha
Infiltrado parenquimatoso de localización anterior no cavitado	De 1-3 meses desde la infección tuberculosa
Derrame pleural de predominio linfocítico	Más frecuente en adultos que en niños
Patrón radiológico miliar	Más grave
Lesiones cavitadas de pared fina y endobronquial	

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3808576>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3808576>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)