

Tuberculosis: diagnóstico, tratamiento y estudio de contactos

Carles Llor^{a,*} y Ana Moragas^b

^aMédico de Familia. Centro de Atención Primaria Via Roma. Barcelona. España.

^bMédico de Familia. Universidad Rovira i Virgili. Centro de Atención Primaria Jaume I. Tarragona. España.

Correo electrónico: carles.llor@gmail.com

Puntos clave

- La tuberculosis sigue siendo una causa importante de morbilidad y mortalidad a pesar de décadas de tratamiento efectivo.
- Las prioridades en el control de la tuberculosis deben perseguir el diagnóstico precoz y el inicio de una terapia antituberculosa, y descubrir y tratar a los portadores de la infección tuberculosa susceptibles de recibir tratamiento preventivo de la enfermedad.
- El diagnóstico estándar de la infección tuberculosa latente es la prueba de la tuberculina. Las pruebas IGRA deben realizarse en caso de sospecharse un falso negativo (infectado por virus de la inmunodeficiencia humana, antes de un trasplante, antes de instaurar un tratamiento biológico) o un falso positivo (vacunado por BCG, trabajador sanitario).
- En todos los pacientes con sospecha de tuberculosis deben estudiarse muestras de la localización clínica mediante tinción ácido-alcohol resistente (Ziehl-Neelsen, auramina) y cultivo. En los cultivos deberán emplearse siempre medios líquidos automatizados, y es recomendable añadir también un medio sólido.
- Deberá realizarse antibiograma a fármacos de primera línea a todos los aislados de *M. tuberculosis*. Ante la aparición de resistencias a isoniazida y rifampicina (multirresistencia) deberá realizarse un estudio de sensibilidad a fármacos de segunda línea.
- En todos los casos nuevos de tuberculosis, en los que no exista contraindicación para alguno de los fármacos, la pauta administrada es una fase de inducción durante 2 meses con isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida (una vez confirmada la sensibilidad a isoniazida, rifampicina y pirazinamida, entonces se puede dejar de administrar etambutol) seguida de una fase de consolidación con isoniazida y rifampicina durante 4 meses más.
- En pacientes con tuberculosis pulmonar se aplicarán las normas de aislamiento respiratorio durante un mínimo de 3 semanas. En los casos bacilíferos podrá ampliarse este período hasta obtener tres muestras de expectoración de días distintos con baciloscopia negativa.
- Deberán estudiarse, mediante la prueba de la tuberculina, los contactos de los pacientes tuberculosos de acuerdo con el principio de los círculos concéntricos.
- El tratamiento de la infección tuberculosa latente se iniciará una vez descartada la enfermedad y en los casos en que mejor se ha demostrado su efectividad. El tratamiento más estudiado y con eficacia demostrada es con isoniazida durante 6 meses.

Palabras clave: Tuberculosis • Estudio de contactos • Infección tuberculosa latente • Diagnóstico • Tratamiento

Introducción

La tuberculosis es la enfermedad infecciosa más frecuente en el mundo y es la segunda causa mundial de mortalidad de origen infeccioso después del sida. Causó en el año 2014 un total de 1,5 millones de fallecimientos, con aproximadamente

9,6 millones de casos cada año¹. En España, según datos de la Red de Vigilancia Epidemiológica², en función de declaraciones individualizadas obligatorias, se notificaron 5.018 casos de tuberculosis en 2014; de estos, 3.933 fueron clasificados como tuberculosis respiratoria, lo que corresponde a una tasa de incidencia de 10,80 casos por 100.000 habitantes. Sin em-

bargo, un estudio recientemente llevado a cabo por el Programa Integrado de Investigación en Tuberculosis de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica³ muestra que existe una importante subnotificación que varía de unos centros sanitarios a otros (entre el 0% y el 40%), con una media del 14,4%. Algunas circunstancias dificultan el esfuerzo de los organismos internacionales para controlarla, como la movilidad geográfica relacionada con la inmigración, el hacinamiento de la población más desfavorecida en las grandes ciudades, la coinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el incremento de la resistencia a fármacos y el aumento de tratamientos inmunosupresores y biológicos.

El número de pacientes con tuberculosis tanto a nivel mundial como nacional se asocia con problemas económicos y sociales, y además acarrea costes directos referidos a gastos sanitarios, así como gastos indirectos (fundamentalmente pérdidas de días de trabajo), e incluso pérdida de años de vida. Recientemente, en un estudio que recogía todas las series comunicadas en la Unión Europea se observó que el coste medio por paciente en tuberculosis sensible fue de 10.282 € y de 57.213 € para la tuberculosis multirresistente, un 77% derivado de costes directos⁴. En otro trabajo reciente publicado en España, este coste medio era de algo más de 10.000 €⁵. En la tabla 1 se describen los grupos de mayor riesgo de desarrollar la enfermedad tuberculosa.

Hay que distinguir la infección tuberculosis latente de la tuberculosis activa. La primera es la infección por *Mycobacterium tuberculosis*, pero el paciente no se siente mal ni tiene síntomas. En hasta un 90% de los casos infectados, las bacterias se mantienen controladas por el sistema inmunitario del huésped en un estadio latente durante la vida. Estas personas con la infección de tuberculosis latente no son contagiosas. Aproximadamente en un 5-10% de los casos infectados, si no reciben tratamiento, el huésped con una infección tuberculosa latente no es capaz de contener la infección y las bacterias tuberculosas empiezan a replicarse, causan una tuberculosis activa y se convierten en bacilíferas, pudiendo infectar a otras personas⁶. Para las personas con sistemas inmunitarios debilitados, especialmente las que tienen la infección por el VIH, el riesgo de enfermarse de tuberculosis es considerablemente mayor que para las personas con sistemas inmunitarios normales.

Diagnóstico de la infección tuberculosa

Para el diagnóstico de la infección tuberculosa latente no existe una prueba de referencia con un rendimiento idóneo. Las pruebas que se utilizan para la identificación de la infección tuberculosa son la prueba de la tuberculina y las pruebas de determinación de la producción de interferón γ (*interferon gamma release assay* [IGRA]).

Prueba de la tuberculina

Se trata de la prueba estándar para el diagnóstico de la infección tuberculosa. En la prueba de la tuberculina se usa un extracto obtenido del filtrado del cultivo de bacilos tuberculosos, esterilizado y concentrado. La técnica más común para realizarla es la intradermoreacción, conocida como técnica de Mantoux. La lectura se realiza a las 48-72 h, midiendo el diámetro transversal respecto al eje longitudinal del antebrazo exclusivamente de la induración. Para considerar una prueba de la tuberculina como positiva e indicativa de infección tuberculosa se debe tener en cuenta la probabilidad de que el individuo se haya infectado por el bacilo tuberculoso y el riesgo que tenga para desarrollar la enfermedad. En España, la prueba se considera positiva cuando la induración es igual o superior a 5 mm en las personas que no han sido vacunadas previamente⁷.

El derivado proteico purificado contiene una mezcla de más de 200 antígenos que comparten micobacterias distintas a *M. tuberculosis* e incluye la cepa vacunal *Mycobacterium bovis* Calmette-Guérin (BCG) y la mayoría de las micobacterias no tuberculosas. Por consiguiente, las personas previamente vacunadas o sensibilizadas por una exposición previa

TABLA 1. Grupos de mayor riesgo para presentar infección tuberculosa

- Personas que han tenido contacto reciente con pacientes con enfermedad tuberculosa
- Personas nacidas o que residen en países con elevada prevalencia de tuberculosis, o bien que viajan con frecuencia a estas áreas por motivos comerciales, familiares o humanitarios
- Residentes y trabajadores de instituciones cerradas, tales como prisiones, albergues para personas sin recursos económicos o centros sociosanitarios de todo tipo
- Personas con reacción a la prueba de la tuberculina que no han recibido tratamiento específico
- Personas que abusan del alcohol u otros tóxicos (no hay que olvidar tampoco que el desarrollo de la tuberculosis es más frecuente en personas fumadoras que en no fumadoras)
- Trabajadores sanitarios, en particular los que atienden pacientes con tuberculosis activa
- Personas con lesiones radiológicas sugestivas de tuberculosis antigua, especialmente si nunca han recibido tratamiento
- Personas en las edades extremas de la vida, principalmente niños de hasta 5 años de edad
- Personas con enfermedades inmunosupresoras (infección por el VIH, enfermedades autoinmunes, situación postrasplante) o personas tratadas con corticoides u otros inmunodepresores
- Personas con enfermedades inflamatorias crónicas (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis idiopática juvenil, enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa, psoriasis y artritis psoriásica, entre otras) tratadas con terapias biológicas, que antagonizan el factor de necrosis tumoral alfa
- Personas con otras comorbilidades que se han relacionado con un mayor riesgo de tuberculosis: neumopatías (silicosis), insuficiencia renal crónica, gastrectomía, diabetes y algunos tumores, como los de cabeza y cuello

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5679412>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5679412>

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