

6 de noviembre (15,30-18,00 h.)

TITL en contactos de bacilíferos

Josep Tost

Servicio Epidemiología. IMSP. Barcelona

Introducción

El control de la tuberculosis incluye como aspectos prioritarios el cumplimiento del tratamiento antituberculoso superior al 95% y una vez conseguido este la identificación a nivel comunitario de personas con infección tuberculosa y su tratamiento.

TITL significa tratar la infección tuberculosa latente, eliminando la población micobacteriana que puede ser responsable de una reactivación en el futuro. TITL es sinónimo del término quimioprofilaxis secundaria, actualmente en desuso.

La importancia de la profilaxis antituberculosa en infectados ha sido ampliamente demostrada en la literatura. El periodo de más riesgo de desarrollar tuberculosis es en los años siguientes a la infección, disminuyendo con el paso del tiempo pero sin llegar a desaparecer. Los infectados con más riesgo de desarrollar la enfermedad son los niños y adolescentes y en general todos aquellos contactos frecuentes de pacientes tuberculosos con baciloscopia de esputo positiva.

Diagnóstico de la infección tuberculosa en contactos de bacilíferos

El estudio de contactos se inicia en el círculo íntimo del paciente (más de 6 horas de contacto diario) y suele corresponder a la familia o compañeros de trabajo. Si existe una elevada incidencia de infección tuberculosa es conveniente estudiar el círculo de contacto frecuente (menos de 6 horas al día) o in-

cluso los contactos esporádicos (1 o 2 veces por semana).

Se considera infección tuberculosa la positividad del Mantoux con ausencia de enfermedad TBC activa (paciente asintomático con RX tórax normal). Si la Rx de tórax no es normal debe descartarse una TBC activa: practicando baciloscopias de esputo si el paciente expectora o con baciloscopias de aspirado gástrico, fibrobroncoscopia con BAS-BAL, TAC torácico o con control clínico y RX de tórax de control según el grado de sospecha clínica.

La Tabla 1 resume los criterios de positividad de la tuberculina según grupo de riesgo.

≥5mm	≥10mm	≥15mm
Pacientes HIV	Inmigrantes recientes de países de alta prevalencia	Personas sin factores de riesgo para TBC
Contactos recientes	ADVP	
Cambios fibróticos	Trabajadores de riesgo	
Rx por TBC previa	Enfermedad de base	
Inmunodeprimidos		

Tabla 1.

En contactos íntimos con Mantoux negativo se considera repetirlo al cabo de 6-8 semanas para estudiar si existe conversión tuberculínica después del periodo ventana.

Tratamiento de la infección tuberculosa

En principio todos los contactos de bacilíferos en los que se diagnostica la infección tuberculosa son tributarios de tratamiento independientemente de la edad. En los pacientes de edad avanzada al igual que el resto de pacientes la indicación de tratamiento se basa en la relación entre la reducción de riesgo de enfermar frente al riesgo de provocar iatrogenia (básicamente hepatitis tóxica).

Pauta		Duración		HIV-	HIV+
H	Diario	9 meses	No interfiere con antirretrovirales	A (II)	A (II)
H	2 veces/sem	9 meses	Sólo TDO	B (II)	B (II)
H	Diario	6 meses	No en VIH+, fibróticos, ni niños	B (I)	C (I)
H	2 veces/sem	6 meses	Sólo TDO	B (II)	C (I)
R	Diario	4 meses	Intolerancia a Z en contactos de pacientes TB H-R	B (II)	B (III)
RH	Diario	3 meses	Recomendada en Reino Unido		
RZ	Diario	2 meses	Contactos TB H-R Rifabutina si IP/NNRTI	B (II)	A (I)
RZ	2 veces/sem	2-3 meses	Sólo TDO	C (II)	C (I)

TDO: terapia directamente observada. TB H-R: tuberculosis resistente a hidracidas. IP: inhibidores de Proteasa. NNRTI: Nucleósidos no análogos de la Transcriptasa reversa. A: Preferente / B: alternativa aceptable / C: cuando no puede ser empleada A ni B. I: Datos de ensayos clínicos randomizados.

Tabla 2.
Regímenes terapéuticos
en TITL

Las contraindicaciones del tratamiento son TBC activa, TITL previa, hepatopatía activa y enolismo activo sin posibilidad de abandono.

En la Tabla 2 se exponen las recomendaciones de la ATS/CDC (USA) para la TITL tanto en HIV positivos como negativos, con su correspondiente grado de evidencia.

El tratamiento clásico de la TITL es la Isoniacida. Diversos trabajos han estudiado la duración de la profilaxis, de forma que se sabe que el riesgo de enfermar de TBC se reduce en un 90% con 12 meses de tratamiento y un 70% con 6 meses siendo considerada esta pauta más coste-efectiva. La profilaxis con Isoniacida durante menos de 6 meses no se ha mostrado efectiva.

Otras pautas más cortas emplean Rifampicina y pretenden mejorar el cumplimiento del tratamiento sin disminuir su eficacia. Se han comparado 3-4 meses de Rifampicina y 3 meses de Rifampicina-Isoniacida frente a 6 meses de Isoniacida y 2 meses de Rifampicina-Pirazinamida frente a 6 y 12 meses de Isoniacida demostrándose una tolerancia y eficacia similar y un mejor cumplimiento con las pautas cortas.

En HIV positivos la pauta de Rifampicina-Pirazinamida se ha demostrado efectiva y segura, por lo que el CDC recomienda su utilización en HIV coinfectados con *M. tuberculosis*. En pacientes no infectados por el HIV la *American Thoracic Society* y el CDC consideran la pauta de Rifampicina-Pirazinamida una al-

ternativa aceptable a la Isoniacida a falta de estudios controlados en la población general.

En nuestro medio actualmente están en marcha una serie de estudios promovidos por la Unidad de investigación en Tuberculosis de Barcelona que comparan la pauta de 2 meses de Rifampicina-Pirazinamida frente a la de 6 meses de Isoniacida en diversas poblaciones: contactos de bacilíferos, pacientes coinfectados por el HIV y *M. tuberculosis* y en el colectivo de inmigrantes.

Si deseais información o participar en estos estudios podeis contactar con nosotros:

jtost@imsb.bcn.es
jcayla@imsb.bcn.es
24327jml@comb.es

Bibliografía

1. CDC. Targeted Tuberculin Testing and treatment of Latent Tuberculosis Infection. *MMWR* 2000;49(6).
2. Documento de consenso sobre el estudio de contactos en los pacientes tuberculosos. *Med Clin (Barc)* 1999; 2:151-6.
3. Gordin F. Short term tuberculosis prophylaxis is effective in persons with HIV. *AM Fam Physician* 1998;58(4): 948.
4. Geiter LJ, O'Brien RJ. From the Centers for Disease Control. Conference on new approaches for tuberculosis preventive therapy. *J Infect Dis* 1987;156(3):536-7.