

Bravo, S; Allemandi, A; Kneeteman, G; Delavalle, A; Quintas, L; Varrenti, N; Pollini, V; Ruschioni Martin, C.  
Hospital Municipal de Morón. Ostaciana Bravo de Lavignolle. Servicio de Clínica Médica.  
Morón, Provincia de Buenos Aires.

**INTRODUCCION** : Un tercio de la población mundial está infectada por el bacilo de Koch. En 2010 enfermaron de Tb nueve millones de personas y murieron cerca de 1.5 millones de personas por causas relacionadas con la enfermedad en el mundo. Es la principal causa de muerte entre los individuos infectados con HIV. En nuestro país se registraron en 2011 10.000 casos nuevos de Tb. Existen dos formas de Tb: la enfermedad tuberculosa con todo su cortejo sintomático y capaz de propagar infección y la infección latente (LTBI) que no tiene capacidad de infectar, pero que pueden desarrollar la enfermedad aún años más tarde o tal vez nunca

La cantidad de infectados en una comunidad, depende directamente de la cantidad de enfermos bacilíferos existentes en ella y se traduce en el número de reactores tuberculinicos.

El diagnóstico de LTBI puede realizarse mediante la detección de interferón gamma con resultados disponibles en 24-48hs, o mediante la realización de pruebas cutáneas como la PPD que es económica, fácil de realizar, y solo requiere de un mínimo entrenamiento. Entre los reactores tuberculinicos se encuentran además de los portadores de LTBI, los infectados por otras micobacterias, los vacunados con BCG y los enfermos de Tb. En los menores de 5 años puede considerarse sinónimo de enfermedad y deben recibir tratamiento adecuado.

Ante una prueba negativa se asume que el paciente no ha estado en contacto con el bacilo. No obstante, puede haber ciertas circunstancias que deben tenerse en cuenta: Período de incubación: si está infectado, la repetición de la prueba en 4-6 semanas la positiviza . Período alejado la hipersensibilidad disminuye por el paso del tiempo. Disminución de la respuesta por enfermedad grave, caquexia, hipertermia, otras enfermedades infecciosas, oncológicas, corticoterapia, sarcoidosis, etc.

Debe investigarse LTBI en quienes o han tenido contacto con un enfermo de Tb, en los sintomáticos, en co-infectados por HIV, portadores de enfermedades debilitantes de la inmunidad, en los tratados con corticoides, adictos a drogas ilícitas, alcohólicos, personas provenientes de países con alta incidencia, aquellos que viven en hacinamiento.

El tratamiento de la LTBI reduce en un 90% el riesgo que esa persona padezca la enfermedad durante el tratamiento y 70% en los cinco años subsiguientes. Debe reservarse solo para los grupos de riesgo dado la alta toxicidad de las drogas a utilizarse.

**Esquemas de tratamiento de la infección de tuberculosis latente**

Medicamentos	Duración	Intervalo	Dosis mínimas
Isoniazida	9 meses	Diariamente	270
		Dos veces por semana*	76

Isoniazida	6 meses	Diariamente	180
		Dos veces por semana*	52
Isoniazida y rifampicina	3 meses	Una vez a la semana*	12
Rifampicina	4 meses	Diariamente	120

Estos esquemas se modificarán de acuerdo a las circunstancias especiales como ser embarazadas, niños pequeños probabilidad de infección por bacilos resistentes.

**MATERIAL Y METODO** : Se exponen 3 casos ocurridos en el hospital de referencia.

**Caso 1:** Paciente de sexo femenino, 31 años, sin hábitos patológicos, buen estado general, docente de escuela primaria.

Refiere contacto eventual con paciente bacilífero en tratamiento.

Presenta PPD negativa y Rx de tórax normal. No se indica tratamiento alguno.

Ocho meses después, su pareja presenta BAAR positivo e inicia tratamiento con cuatro drogas.

Se le solicita nueva PPD que continúa negativa y Rx de tórax normal. No se le indica profilaxis.

Dos meses más tarde, comienza con síntomas respiratorios y febrícula.

A los 60 días, se recibe el cultivo que es positivo para BK (foto 2).

Se cita a la paciente, se realiza Rx de tórax (foto 1) que sigue siendo normal, PPD negativa.

Inicia tratamiento con 4 drogas .

**Caso 2.** Paciente masculino, 13 años, estudiante secundario, asintomático, conviviente con paciente bacilífero.

Se le solicita PPD 2UT 18 mm (foto 3) .

Rx de tórax: Normal, laboratorio normal. Inicia tratamiento con Isoniazida 300mg/día hasta completar 6 meses.

Al cabo de 2 meses intercorre con cuadro de vómitos y dolor abdominal transitorio, hepatograma normal .

abandona la medicación por indicación de su pediatra.

Vuelve a la consulta 14 meses después por fiebre vespertina, tos productiva y astenia.

Se realiza Rx de tórax donde se observa infiltrado cavitado infraclavicular derecho (foto 4) .

BAAR en esputo positivo. Inicia tratamiento con 4 drogas, nuevo catastro familiar.

**Caso 3.** Paciente femenina, 35 años, instrumentadora quirúrgica, portadora de enfermedad de Sjögren en tratamiento con hidroxiquina.

Contacto conviviente 6 años atrás con paciente bacilífero. Se realiza PPD 2 UT positivo 17mm, Rx de tórax normal. No se tomó ninguna conducta ni se solicitaron nuevos estudios. Por consejo de su reumatólogo, ante la posibilidad de iniciar tratamiento con corticoides, consulta al neumonólogo. Asintomática, PPD 2 UT 17 mm (foto 5), FAN positivo, BI. 12.000, Hto 34%, Ers 55, Rx de tórax normal.

Se realizó TAC de tórax (foto 6-7) que no mostró lesiones compatibles con Tb . Se decide iniciar profilaxis con Isoniazida 300mg/día junto con la corticoterapia.

Foto 1



foto 2



Foto 3



Foto 4



Foto 5

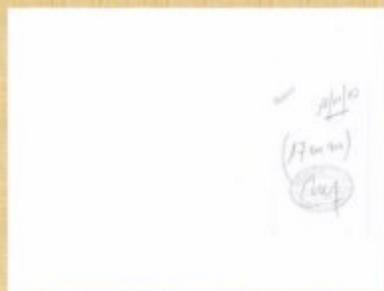
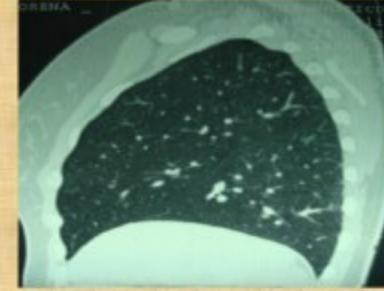


Foto 6



Foto 7



**DISCUSION** : En el primer caso que se expone, no habría indicación de quimioprofilaxis (Qm) en la primera consulta. Se requiere, según los conocimientos actuales, contacto íntimo y prolongado con el enfermo bacilífero para generar infección por BK. La situación cambia en la segunda consulta, donde el contacto se debe a un conviviente bacilífero . La paciente se encuentra infectada, pese a su anergia tuberculínica . Es llamativa la falta de signos radiológicos, clínicos y humorales, tampoco es claro cuando comienza su enfermedad. Pero se debe estar muy alerta ante la detección del BK en una comunidad. El caso 2 muestra crudamente nuestro desconocimiento de la epidemiología, cadena de transmisión de la Tbc, indicaciones y efectos adversos de las drogas que deben ser utilizadas. LTBI era muy clara en éste niño y su riesgo de contraer Tbc era de 10% según la información disponible.

En el 3º caso, la paciente presenta factores de riesgo muy claros para el desarrollo de la enfermedad: presenta LTBI , enfermedad inmunológica y debe comenzar tratamiento inmunosupresor.

**CONCLUSIONES** : Ante un contacto Tbc , no puede descartarse la infección latente ya que como hemos visto, aún con PPD negativa, se desarrolló la enfermedad. Se deberá ampliar el espectro de vigilancia y recordar que existen formas de Tbc inaparentes .

Debemos comprometernos con la necesidad de controlar esta enfermedad tan antigua como la humanidad y que siempre se encarga de desafiar nuestros conocimientos.

Apuntemos todos nuestros esfuerzos a evitar que la LTBI se transforme en enfermedad que alimentará nuevos infectados y nuevos enfermos.

**BIBLIOGRAFIA** : Compendio de Tisiología. Prof. Dr. Luis J González Montaner. Bs. As. Cap. 6 ; Las múltiples caras del control de la tuberculosis. Alseda y Godoy. Enfermedades infecciosas y Microbiología clínica. 2003;21(6):279-80. Etc. .