



# Tuberculosis latente en el paciente con enfermedad reumática inflamatoria: ¿diferente o ignorada?

Gutiérrez-Ureña Sergio R

Jefe del Servicio de Reumatología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde.  
Titular de la especialidad de Reumatología del Hospital Civil de Guadalajara Fray Antonio Alcalde y Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara.  
Investigador Principal Unidad de Investigación  
Tel. +52 33 39424400 Ext.43029 y +52 33 36149500  
Contacto al correo electrónico: sergtzur@gmail.com

**E**n este número de la Revista Médica MD, Polanco-Cruz y colaboradores describen un caso de afectación osteoarticular por tuberculosis. La importancia de este caso nos hace recordar la epidemia por Tuberculosis en el paciente con condiciones de inmunosupresión, enfermedad inflamatoria crónica, cáncer, inmunodeficiencia adquirida, diabetes u otras. Sin embargo, todas las variantes de presentación como una enfermedad infecciosa pueden estar presentes en los casos clínicos; ya sea como manifestación que semeja una enfermedad reumática inflamatoria o un variante de presentación de la Tuberculosis, lo cual es todo un reto para el clínico.

La tuberculosis es una enfermedad que ha existido hace siglos y sigue siendo en la actualidad una causa de mortalidad elevada. Basta con mencionar que durante 14 años en este nuevo siglo se han salvado mas de 40 millones de vidas mediante el diagnóstico y tratamiento oportuno. La tuberculosis puede clasificarse en dos variantes la principal una forma como Tuberculosis activa (TbA) y la Tuberculosis Latente (TbL). Esta última aproximadamente se estima en afecta a un tercio de la población mundial y de estos, el 10% sufrirá de Tuberculosis por reactivación. De acuerdo a datos del INEGI 2010 el número de casos nuevos de Tuberculosis en la última década aproximadamente fue de 18,000, es decir 50 contagios nuevos cada día.<sup>1</sup>

Un punto de definición importante es considerar que una TbA es cuando el paciente presenta datos fracos de infección por Micobacterias principalmente tuberculosis; ya sea pulmonar o extra-pulmonar. Y TbL es por definición, un individuo inmunocomprometido particularmente en riesgo de desarrollar tuberculosis y un término importante es mencionar que reactivación por tuberculosis está relacionada con la capacidad de la inmunidad del huésped de proporcionar una respuesta inmune adecuada. Entre los pacientes de riesgo están, pacientes con VIH infectadas, pacientes con enfermedades inflamatorias mediadas por el sistema inmune, pacientes sometidos a tratamiento con inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral (TNF)- $\alpha$ , pacientes en hemodiálisis y candidatos a trasplantes son especialmente susceptibles a reactivación por TB.<sup>2</sup> En el caso de Polanco y cols, un paciente desarrolla datos clínicos sugerentes de enfermedad reumática inflamatoria la cual no respondió a tratamiento convencional para una Espondiloartritis Axial y Periférica. El dilema surge si es una enfermedad reumática primaria, francamente una infección o con manifestaciones por tuberculosis activa o finalmente ambas.

Es importante resaltar que aún en nuestro medio no tenemos la posibilidad de diagnóstico preciso de tuberculosis en múltiples casos clínicos donde existe una alta sospecha, por lo que en la actualidad las pruebas de diagnóstico tanto para tuberculosis activa y latente pueden ser muy inespecíficas e incluso confundirnos.

Los Reumatólogos con el advenimiento de nuevas terapias como los biológicos o anti-TNF e incluso la propia inmunodepresión de la misma

enfermedad; debemos ser muy cautos en la prevención, el diagnóstico y tratamiento de casos con posible tuberculosis tanto activa como latente. Aún en nuestro medio no hay un consenso del abordaje de estos casos incluso con los Infectólogos. Existen varias guías de manejo para estos casos en otros países, sin embargo en México aún no hay una publicación que reúna el criterio o recomendación para estos pacientes. Seguimos guías internacionales propuestas por USA, Europa y las del CDC en Atlanta.<sup>3</sup>

Además, el manejo propuesto para casos de TB latente, puede ser muy variable ya que se han sugerido esquemas muy diversos de 3, 6 o hasta nueve meses con un droga anti-fimica o combinada. Más aun, un reto para el Reumatólogo para prevenir o dar profilaxis con estos medicamentos es la decisión de manejo y su alcance al mismo en nuestro país.

La TbL representa un importante reservorio de infección por tuberculosis. Las pruebas de detección y el tratamiento deberán enfocarse en aquellos pacientes de alto riesgo de reactivación. Las pruebas actuales detectan una respuesta inmune previo a la exposición con tuberculosis pero son imperfectas con un limitado valor predictivo positivo para el desarrollo de enfermedad activa. El tratamiento más recomendado aún sigue siendo la terapia con isoniazida durante 6 a 9 meses pero la adherencia es muy baja y se han propuesto otros esquemas combinados y por menor tiempo.<sup>4</sup>

El reto para el clínico sigue siendo la capacidad de prevenir y detectar a tiempo los casos de difícil diagnóstico o con limitaciones en su detección mediante pruebas de laboratorio aún no

bien estandarizadas. En nuestro medio prevalece el juicio clínico y el ánimo de seguir haciendo una medicina lo más apegado a las normas y tecnologías actuales.

**Lecturas recomendadas**

1. Estadísticas de Mortalidad, INEGI, SSA. Disponible en: [www.inegi.org.mx](http://www.inegi.org.mx)
2. Sauzullo I y cols. Detecting latent tuberculosis in compromised patients. *Curr Opin Infect Dis* 2015; 28:275-82.
3. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. Official statement of the American Thoracic Society and Center for Disease Control and Prevention (CDC). *Am J Respir Crit Care Med* 2000; 161 (4 pt 2): S221-S247.
4. Turetz ML, Ma KC. Diagnosis and management of latent tuberculosis. *Curr Opin Infect Dis.* 2016 Apr;29(2):205-11.