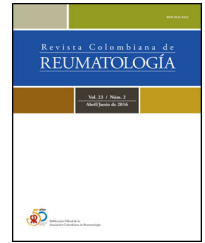




Asociación
Colombiana de
Reumatología®

Revista Colombiana de REUMATOLOGÍA

www.elsevier.es/rcreuma



Editorial

Riesgo de tuberculosis en pacientes con inmunosupresión: en búsqueda de una vieja conocida

Tuberculosis risk in immunosuppressed patients: revisiting an old acquaintance



Colombia tiene una incidencia anual de enfermedad tuberculosa que se encuentra entre 21,3 y 35,2 casos por 100.000 habitantes en los últimos años¹, lo cual lo ubica como un país de riesgo intermedio para esta enfermedad, similar a lo que ocurre con otros países de la región, aunque menor que lo que se encuentra en Perú, pero mucho mayor (4 o más veces) que lo observado en países con mayores ingresos como los Estados Unidos o los países europeos². Estos valores implican un bajo riesgo de desarrollar una tuberculosis en la población general a lo largo de la vida, pero con el desarrollo y la disminución de la pobreza, la tuberculosis se ha concentrado en individuos de mayor edad y grupos de riesgo. Entre estos grupos de riesgo se ubican los pacientes inmunocomprometidos por su enfermedad de base o por la terapia requerida para su control. Debido al impacto que tiene la tuberculosis entre estos pacientes inmunocomprometidos, es vital identificar este riesgo y manejarlo apropiadamente, lo que ha sido de interés para la Asociación Colombiana de Reumatología y sus colaboradores³.

En este escenario, el trabajo de Javier Cajas et al.⁴ hace un aporte significativo para entender y manejar este riesgo en los pacientes que suelen consultar al servicio para un manejo inmunomodulador de su patología. Con 674 pacientes de la consulta de reumatología, 495 con inmunosupresión y 178 sin ella, se identificó un 22,9% y un 17,4% de pacientes con tuberculosis latente, respectivamente. La identificación se hizo utilizando la prueba de tuberculina, fácilmente accesible y económica en la mayoría de los entornos donde se ofrecen estos servicios. Aunque sigue existiendo un considerable debate sobre si la prueba de tuberculina es mejor o no que las pruebas basadas en la expresión del interferón, las revisiones sistemáticas no parecen mostrar diferencias importantes en

la sensibilidad, con una alta especificidad⁵. Sin embargo, los datos sugieren que podría haber más problemas de interpretación en los niños, debido al uso de la vacunación contra la tuberculosis con BCG⁶, pero la prueba de tuberculina requiere un segundo paso, el refuerzo (*booster* en la literatura en inglés) para poder capturar a los pacientes que necesitan un segundo estímulo inmunológico. En el grupo en el que se llevó a cabo el refuerzo (191 pacientes), se identificó un 4,1% de pacientes adicionales con tuberculosis latente. Los pacientes corresponden a los que se ven en este tipo de consultas, con altas frecuencias de artritis reumatoidea (77% de los inmunosuprimidos) y uso de esteroides a una dosis de prednisolona de 5 mg o más al día (69% de los inmunosuprimidos). En este grupo 94 pacientes (22%) recibían terapia biológica como parte de su esquema inmunosupresor.

Este dato de prevalencia de tuberculosis latente es un poco menor que el observado hace unos años en un grupo de pacientes hospitalizados con diabetes, en los que se encontró una prevalencia del 35% de tuberculosis latente⁷, y se acerca más a lo esperado para extranjeros que ingresan a los Estados Unidos⁸. También sabemos que cerca del 10% de los pacientes que se infectan con tuberculosis tienen riesgo de desarrollar la enfermedad²; la mitad de ellos lo harán en los primeros 2 años y el resto a lo largo del resto de su vida. Dado que los estudios muestran que el uso de esteroides se asocia con un riesgo relativo 2,8 veces mayor y que el uso de inhibidores del factor de necrosis tumoral se asocia con un riesgo 2 veces mayor⁸, los datos de Cajas et al. sugieren que el riesgo de tuberculosis en estos pacientes puede estar alrededor del 5 al 7% a lo largo de su vida.

La identificación de la tuberculosis latente tiene utilidad para realizar un tratamiento oportuno, tarea en la cual los

grupos de infectología apoyan frecuentemente a los reumatólogos. El uso de diferentes medicamentos (isoniazida sola o en diferentes combinaciones) ha disminuido el riesgo de infección activa en una proporción mayor del 50%⁹. Por otro lado, el uso de estos medicamentos puede asociarse con algún grado, usualmente bajo, de toxicidad, que para el caso de isoniazida suele ser hepática o neurológica.

Existen herramientas para individualizar la decisión, una de ellas es el interpretador de la prueba de tuberculina o de las pruebas de interferón, disponible en línea (www.tstin3d.com/en/calc.html), el cual se basa en un algoritmo que tiene en cuenta muchas otras variables que pueden modificar el riesgo, incluyendo los datos geográficos de origen del paciente¹⁰. De esa forma, se puede ofrecer al paciente una valoración del riesgo más objetiva, y así poder tomar las opciones terapéuticas de tratamiento de la tuberculosis latente más apropiadas. En conjunto con la opinión del reumatólogo sobre la urgencia y las opciones terapéuticas del tratamiento inmunosupresor o inmunomodulador de un paciente, se puede llegar a mejores resultados con la seguridad de disminuir de forma importante el riesgo que conlleva la tuberculosis.

La tuberculosis es una vieja conocida de los médicos y su incidencia puede disminuir si las condiciones de vida mejoran en Colombia, pero sigue siendo un riesgo importante para un grupo de pacientes de la consulta de reumatología que reciben medicamentos inmunosupresores y que el estudio presentado en este número nos ayuda a saber que está presente en aproximadamente un cuarto de ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bermúdez Pinzón LA, Bocanegra Horta DP. Comportamiento de la tuberculosis, Colombia, a semana 10 de 2024. Boletín Epidemiológico Semana. 2024;19:1-6, <http://dx.doi.org/10.33610/23576189.2024.11>.
2. Zumla A, Ravigliione M, Hafner R, von Reyn CF. Tuberculosis. N Engl J Med. 2013;368:745-55, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMra1200894>.
3. Quintero E, Chalem M, Vásquez G, Jauregui E, Medina JF, Arbeláez AM, et al. Gestión de riesgo para la prescripción de terapias biológicas. Rev Colomb Reumatol. 2016;23:18, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.02.004>.
4. Cajas J, Rodríguez M, Ceeballos MF. Detection of latent tuberculosis by tuberculin booster in patients with immunosuppressive treatment. Rev Colomb Reumatol. 2024, <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.10.006>.
5. Auguste P, Madan J, Tsertsvadze A, Court R, McCarthy N, Sutcliffe P, et al. Identifying latent tuberculosis in high-risk populations: systematic review and meta-analysis of test accuracy. Int J Tuberc Lung Dis. 2019;23:1178-90, <http://dx.doi.org/10.5588/ijtld.18.0743>.
6. Subramani R, Datta M, Swaminathan S. Does effect of BCG vaccine decrease with time since vaccination and increase tuberculin skin test reaction? Indian J Tuberc. 2015;62:226-9, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijtb.2015.08.002>.
7. Méndez J, Sánchez E, Saavedra A, García Herreros P. Prevalencia de tuberculosis latente en pacientes con diabetes mellitus en una institución hospitalaria en la ciudad de Bogotá, Colombia. Acta Med Colomb. 2017;42:7.
8. Horsburgh CR Jr, Rubin EJ. Clinical practice. Latent tuberculosis infection in the United States. N Engl J Med. 2011;364:1441-8, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMcp1005750>.
9. Sterling TR, Njie G, Zenner D, Cohn DL, Reeves R, Ahmed A, et al. Guidelines for the treatment of latent tuberculosis infection: Recommendations from the National Tuberculosis Controllers Association and CDC, 2020. MMWR Recomm Rep. 2020;69:1-11, <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.rr6901a1>.
10. Menzies D, Gardiner G, Farhat M, Greenaway C, Pai M. Thinking in three dimensions: a web-based algorithm to aid the interpretation of tuberculin skin test results. Int J Tuberc Lung Dis. 2008;12:498-505.

Jorge Alberto Cortés

Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional de Colombia, Sede Bogotá, Bogotá, Colombia

Correo electrónico: jacortesl@unal.edu.co

0121-8123/© 2024 Asociación Colombiana de Reumatología.

Publicado por Elsevier España, S.L.U. Se reservan todos los derechos, incluidos los de minería de texto y datos, entrenamiento de IA y tecnologías similares. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2024.11.001>