La prueba de tuberculina positiva no es sinónimo de tuberculosis latente

Bocanegra-Román N¹, Verdeguer-Abad A¹, Osada J²

¹Estudiante de Medicina Humana. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Sur. Lima. Perú.

²Médico Epidemiólogo. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Científica del Sur. Lima. Perú.

Sr. editor,

Hemos leído con interés el artículo titulado “Prevalencia y factores predictores de infección tuberculosa latente en un centro penitenciario tipo español”, publicado en el primer número del año 2018 de su revista¹. Si bien los resultados son muy relevantes y es muy pertinente su discusión, la metodología aplicada hace que los mismos no reflejen necesariamente la realidad de dichas instituciones.

Una prueba de la tuberculina negativa en españoles del centro penitenciario en cuestión no descarta la infección tuberculosa latente (ITL), debido a la gran cantidad de falsos negativos. Es decir, una prueba positiva puede indicar tanto que el individuo esté con una infección latente, así como que tenga una infección por micobacterias no tuberculosas, que haya sido vacunado con la vacuna del bacilo de Calmette y Guérin (BCG), individuos no sensibilizados a *Mycobacterium tuberculosis*, pero que han recibido transfusiones sanguíneas de sensibilizados, así como individuos que viven en zonas endémicas². Por otra parte, una prueba cutánea de derivado proteico purificado (PPD) negativa no necesariamente excluye la infección o la enfermedad. Se dice que aproximadamente el 10% de los niños inmunocompetentes enfermos con tuberculosis (TBC) tienen un PPD no reactivo, así como que otros factores de inmunosupresión también producen falsos negativos, como la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), tratamientos inmunosupresores, infecciones virales como la varicela o la parotiditis, la desnutrición, la TBC aguda o diseminada, o incluso en edades extremas de la vida. Otra causa común para algún falso negativo en esta prueba es por un error en la técnica usada. Un posible fallo en la cadena de frío del PPD, por exposición a la luz

o al calor, así como la inyección subcutánea, el uso de PPD caducado, o una mala lectura (que el lector no esté debidamente capacitado o que se haga la lectura antes o después del intervalo del tiempo establecido) van a causar errores en la interpretación de la prueba³.

Recomendamos el uso de pruebas con mayor sensibilidad y especificidad para detectar la ITL, como por ejemplo la medición sérica de interferón γ (*Interferon Gamma Release Assays*, IGRAS), mediante pruebas séricas como el QuantiFERON TB Gold In-Tube (QFT-GIT) o el T-SPOT TB, que detectan en vivo la producción del interferón γ por células mononucleares expuestas a péptidos similares a los antígenos del *Mycobacterium tuberculosis*. Estas pruebas contienen mayor especificidad que la prueba de la tuberculina, en especial en personas vacunadas con la BCG⁴.

Asimismo, recomendamos tomar en cuenta otros factores de riesgo para contraer ITL, como por ejemplo el hacinamiento, la insuficiente ventilación, la poca higiene y la alimentación poco nutritiva y escasa, así como el consumo ilegal de alcohol, drogas y las relaciones sexuales, que pueden ser con o sin consentimiento. Todos estos factores de riesgo influyen en las enfermedades infecciosas, incluyendo la tuberculosis⁵.

Reconocemos el esfuerzo de los autores para investigar un tema poco desarrollado, pero tan importante como este; y por ello, exhortamos a otros autores a que continúen indagando en esta área, así como a usar mejores herramientas para la evaluación de resultados que permitan obtener conclusiones más precisas y verídicas.

CORRESPONDENCIA

Alejandra Verdeguer Abad
Universidad Científica del Sur. Lima, Perú
E-mail: aleverdeguer@gmail.com

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López de Goicochea-Saiz ME, Sternberg F, Portilla-Sogorb J. Prevalencia y factores predictores de infección tuberculosa latente en un centro penitenciario tipo español. *Rev Esp Sanid Penit.* 2018;20:4-10.
2. Sidibe A, Matteelli A, Menzies R, Getahun H. Differences in BCG vaccination and tuberculin skin-test positivity. *Global Tuberculosis Programme, World Health Organization, Geneva 1211, Switzerland. Lancet Infect Dis.* 2015;15:1003.
3. Torres Z, Pickett V, Herrera T. Técnica de la reacción de tuberculina (P.P.D.). Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis. Ministerio de Salud. Santiago de Chile; 2017.
4. Cascante JA, Pascal I, Eguía VM, Hueto J. Diagnóstico de la infección tuberculosa. *Anales Sis San Navarra.* [Internet]. 2007 [citado 21 Sep 2018];30: 49-65. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272007000400005&lng=es
5. LoBue PA, Castro KG. Is It Time to Replace the Tuberculin Skin Test With a Blood Test? *JAMA.* 2012;308:241-2.