

EDITORIAL

Tuberculosis extrapulmonar en Instituciones Penitenciarias: la necesidad de adaptarse a una realidad cambiante

Es conocido que la tuberculosis (TB) extrapulmonar (EP) constituye un porcentaje muy variable dentro del total de casos de esta enfermedad alcanzándose en nuestro medio las máximas frecuencias entre los pacientes inmunodeprimidos y entre los inmigrantes procedentes de países en vías de desarrollo. Su diagnóstico temprano supone un desafío ya que en ocasiones puede cursar con pocos síntomas o puede confundirse con otros procesos registrándose retrasos diagnósticos importantes¹.

Estudios longitudinales realizados en países industrializados han demostrado que la proporción de casos de TB EP ha permanecido estable en el tiempo debido a un declive mucho menor de las tasas comparado con la TB pulmonar. Este estancamiento en el declive puede estar relacionado con el aumento de inmigrantes residentes en estos países.²

Así, en los países de la Unión Europea, las tasas de TB EP, se han mantenido estables alrededor de 3,3 casos/100.000 habitantes desde 2001, con un porcentaje de formas exclusivamente EP del 22,3 %. Este porcentaje es variable según los países, superando el 35% en Gran Bretaña y Holanda. En España, se mantiene estable alrededor del 30%³⁻⁴. En la ciudad de Barcelona, en el año 2012, el 43% de los pacientes inmigrantes con TB, presentaron una forma clínica exclusivamente de localización EP, sobre todo linfática, alcanzando el 50% en las personas procedentes del subcontinente indio⁵.

Los factores de riesgo asociados a la TB EP incluyen la menor edad, ser mujer, etnia no europea, inmunosupresión por VIH, enfermedad renal terminal, cirrosis hepática y probablemente trasplante de órgano sólido y terapia con anti-TNF². La importancia de las Instituciones Penitenciarias (IIPP) españolas en el diagnóstico y tratamiento de la TB ha sido notable, sobre todo en las tres últimas décadas. La trascendencia de las IIPP aumentó a partir de la década de los ochenta con el ingreso masivo en las prisiones de usuarios de drogas intravenosas (UDI), muchos coinfectados por VIH y por *M. tuberculosis*. La TB EP en infectados por VIH fue una asociación muy frecuente que remarcó la importancia del SIDA en nuestras IIPP sobre todo a partir de que en 1987 se aceptó la TB EP en infectados por VIH como criterio de SIDA⁶.

Hubo dos aportaciones que se han considerado claves para la mejora del control de la TB en el ámbito penitenciario y fuera de él: a) la implementación de programas de mantenimiento con metadona (PMM) que facilitaron el acceso a los UDI, que ya eran considerados de riesgo para la TB en la época pre-SIDA⁷⁻⁸, y b) la incorporación de los programas de tratamiento directamente observados (TDO) a la práctica clínica habitual para el tratamiento de los enfermos con TB⁹. Especial importancia han tenido y tienen en nuestras IIPP los cribajes sistemáticos al ingreso en prisión que se llevan a cabo desde hace años y que han posibilitado algunos diagnósticos y han evitado contagios, mientras que en otros países se sigue abogando por estrategias de este tipo¹⁰⁻¹¹.

El control de la TB en los infectados por el VIH mejoró extraordinariamente con la incorporación del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) al arsenal terapéutico a partir de 1996, lo que se tradujo en una disminución de los casos de TB en este grupo. No obstante, el gran cambio demográfico experimentado en España a partir del año 2000 ha supuesto la llegada de más de 5 millones de personas procedentes de países en vías de desarrollo, muchos originarios de zonas endémicas de TB, lo que ha ocasionado un aumento de los diagnósticos de esta enfermedad. Esta situación también ha repercutido de forma importante en las prisiones, donde la prevalencia de infección tuberculosa latente (ITL) en los ingresados se estima del 40-45% pero es del 28,9% en los internos españoles o en los internos nacidos en países desarrollados, mientras que alcanza el 63% en los reclusos de antiguos países del bloque del Este de Europa y el 75% en los originarios del África subsahariana¹².

Además del incremento del número de casos, la inmigración ha supuesto un cambio en la forma de presentación de la TB, lo que afecta a la dificultad diagnóstica y al tiempo en que este se efectúa. Además, las pruebas diagnósticas habituales (baciloscopia, cultivo, PCR) tienen un rendimiento menor, pues acostumbran a tener menor carga bacilar. En Barcelona ciudad —donde más del 50% de los casos se dan en personas procedentes de otros países— se ha observado un aumento de la TB EP, que a menudo cursa con pocos síntomas o se confunde con otros procesos

lo que favorece el retraso diagnóstico. La mediana de retraso diagnóstico en esta ciudad fue de 48 días, siendo en las formas pulmonares de 38⁵.

El tratamiento, en general, es el mismo que para las formas pulmonares y su duración dependerá de la gravedad y la respuesta terapéutica. Esta respuesta es en ocasiones tórpida y tal como se ha observado, más del 25% de las formas linfáticas han precisado un tratamiento de 9 o más meses (Programa de Tuberculosis de Barcelona, datos no publicados).

Todos estos cambios ocurren también en los casos detectados en IIPP que ya cuentan con amplia experiencia sobre la TB EP como se observa en los trabajos publicados en este número de *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*. Tanto el caso de absceso tuberculoso metastásico¹³, como el caso clínico de una dorsalgia crónica¹⁴ son ejemplos de los cambios que se observan en la presentación clínica y la dificultad diagnóstica que a veces representan.

Es muy importante que en las IIPP se continúe con la importante labor en el control de la TB, aunque probablemente deban adaptar sus programas de diagnóstico y tratamiento antituberculoso a una realidad sociológica y sanitaria cambiante. Dentro de estas medidas adquieren especial importancia la promoción de hábitos saludables tanto en el colectivo inmigrante como en el autóctono, el examen de salud al ingreso en prisión, el estudio de contactos en caso de TB, la búsqueda de infectados que puedan ser candidatos a tratamiento de ITL y la permanencia del TDO. No debe olvidarse tampoco que en Europa la mayoría de resistencias a fármacos antituberculosos se producen en inmigrantes y que este aspecto, por consiguiente, debe también ser evaluado en todos los casos diagnosticados.

En conclusión, la TB EP en IIPP implica en la práctica médica algunos cambios. El rol de los servicios médicos penitenciarios en la detección de casos es de capital importancia. Es necesario pensar en esta entidad en la revisión al ingreso en prisión y en las revisiones sucesivas en los presos con largas condenas. La clínica y las localizaciones son muy variadas y en ocasiones, traduce una infección reciente, de ahí la importancia de realizar un buen estudio de contactos, intra y extrapenitenciario, con la colaboración entre los programas correspondientes, para buscar casos índices auténticos o incluso casos secundarios, si se tratase de una TB laríngea, que como es sabido son muy contagiosas¹⁵.

CORRESPONDENCIA

À Orcau, J A Caylà

aorcau@aspb.cat

Programa Tuberculosis y Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona.

CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP).

Servicio de Epidemiología.

Agència de Salut Pública de Barcelona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hesselink DA, Yoo SM, Verhoeven GT, Brouwers JW, Smit FJ, van Saase JL. A high prevalence of culture-positive extrapulmonary tuberculosis in a large Dutch teaching hospital. *Neth J Med*. 2003; 61(3): 65-70.
2. A. Orcau, JA Caylà, JA Martínez. Present epidemiology of tuberculosis. *Prevention and control programs*. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2011; 29 (Supl 1): 2-7
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)/World Health Organization Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2013. Stockholm: ECDC; 2013 [cited 2014 May 28]. Available from: <http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Tuberculosis-surveillance-monitoring-2013.pdf>
4. Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la tuberculosis en España. Año 2012. Madrid: Instituto de Salud Carlos III; 2013 [citado 2014 May 29]. Disponible en: http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/TB_Informe_2012_CNE_8abril2014.pdf
5. La tuberculosi a Barcelona, 2012. Programa de tuberculosi de Barcelona. Barcelona: Agència de Salut Pública de Barcelona; 2013 [citado 2014 May 29]. Disponible en: http://www.aspb.cat/quefem/docs/Tuberculosi_2012.pdf
6. Centers for Disease Control (CDC). Revision of the CDC surveillance case definition for acquired immunodeficiency syndrome. Council of State and Territorial Epidemiologists; AIDS Program, Center for Infectious Diseases. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 1987 Aug 14; 36 Suppl 1: 1S-15S.
7. Reichman LB, Felton CP, Edsall JR. Drug dependence, a possible new risk factor for tuberculosis disease. *Arch Intern Med*. 1979; 139: 337-9.

8. Marco A, Caylà JA, Serra M, Pedro R, Sanrama C, Guerrero R, et al. Predictors of adherence to tuberculosis treatment in a supervised therapy program for prisoners before and after release. *Eur Resp J*. 1998; 12: 967-71.
9. Rodrigo T, Caylà JA, García de Olalla P, Brugal MT, Jansà JM, Guerrero R, et al. Effectiveness of tuberculosis control programmes in prisons, Barcelona 1987-2000. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2002; 6: 1091-7.
10. Sanchez A, Massari V, Gerhard G, Espinola AB, Siriwardana M, Camacho La, et al. X ray screening at entry and systematic screening for the control of tuberculosis in a highly endemic prison. *BMC Public Health*. 2013; 13: 983. Doi: 10.1186/1471-2458-13-983.
11. Henostroza G, Topp SM, Hatwiinda S, Magardd KR, Phiri W, Harris JB, et al. The high burden of tuberculosis and human immunodeficiency virus in a large Zambian prison: a public health alert. *Plos One*. 2013; 8: e67338. Doi: 10.1371.
12. Marco A, Solé N, Orcau A, Escribano M, del Baño L, Quintero S, et al. Prevalence of latent tuberculosis infection in inmates recently admitted to a men's prison in Barcelona. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2012; 16: 60-4.
13. Marco A, Solé R, Raguer E, Aranda M. Goma o absceso tuberculoso metastásico como diagnóstico inicial de tuberculosis en un paciente inmunocompetente: una presentación inusual. *Rev Esp Sanid Penit*. 2014; 16: 39-42.
14. Español J, Raguer E, Albertos R, Guerrero RA. Dorsalgia crónica que resulto ser Espondilodiscitis tuberculosa. *Rev. Esp Sanid Penit*. 2014; 16: 43-45.
15. Haas D, Des Prez RM. *Mycobacterium Tuberculosis*. En: Mandell G, Bennett J, Dolin R, editors. *Mandell, Douglas and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases*. New York: Churchill Livingstone; 1995, p. 2213-43.