

Epidemia dual: Tuberculosis y VIH, un reto para la medicina en el Siglo XXI

Dual Epidemic: Tuberculosis and HIV, a challenge for medicine in the XXI Century

Jorge Sebastián Escobar-Salinas*

*Estudiante de Medicina de X semestre. Facultad de Ciencias Médicas. Miembro de la Sociedad científica de estudiantes de medicina - Universidad Nacional de Caaguazú. Coronel Oviedo, Paraguay.

Correspondencia: Jorge Sebastián Escobar Salinas. Dirección: Elisa Lynch c/ Sargento Zaracho. Coronel Oviedo, Paraguay. Código Postal: 3300
Teléfono: +595 973 207 996 Correo Electrónico: joseessa@gmail.com

¿Cómo citar este artículo? Escobar-Salinas JS. Epidemia dual: Tuberculosis y VIH, un reto para la medicina en el Siglo XXI. MÉD UIS. 2016;29(3):109-10.

SR. EDITOR

La tuberculosis sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, siendo una infección oportunista común entre las personas viviendo con VIH¹. La OMS, durante el 2012, manifestó que de los 1,1 millones de casos de coinfección Tuberculosis-VIH notificados, 31 000 casos se encontraban en Latinoamérica; se atribuye que la propagación del VIH es responsable de la tercera parte del incremento de los casos de tuberculosis². En el año 2012, en Colombia, los casos de tuberculosis-VIH representaron el 11,8% del total de los casos³. Se habla de coepidemia, epidemia dual, TB/VIH o VIH/TB, para hacer alusión a la fuerte relación que mantienen el VIH y la tuberculosis³.

El riesgo de enfermar de tuberculosis es incrementado por el VIH y la tuberculosis acelera el curso del VIH/SIDA, afectándose mutuamente, la infección por VIH aumenta 20 a 37 veces el riesgo de aparición de tuberculosis, dado que la inmunodepresión predispone la adquisición de la infección y reactivación de las formas latentes. ONUSIDA estima que en Colombia existen 150 000 personas que viven con VIH, de los cuales solo 30 000 reciben tratamiento⁴. Aproximadamente se reportan 14 millones de personas con co-infección, se atribuye que de las muertes por SIDA, el 30% de las muertes se relacionan con tuberculosis y adicionalmente de las muertes por tuberculosis, el seis por ciento se relacionan con VIH⁵.

Uno de los problemas observados en la co-infección tuberculosis-VIH, es la presencia de resistencia a los antibióticos. Se ha demostrado que este grupo de pacientes tienen más posibilidades de desarrollar enfermedades gastrointestinales que ocasiona menor absorción de los fármacos y por lo tanto niveles séricos subterapéuticos de rifampicina². También se menciona como causa de resistencia la acetilación rápida en algunos individuos en los cuales la concentración de isoniacida, etambutol y pirazinamida es variable². Otro problema observado es la interacción fármaco-fármaco. La rifampicina es un fuerte inductor de una enzima que participa en el metabolismo de muchos fármacos antirretrovirales como los inhibidores de la proteasa. Esta inducción conlleva a concentraciones subterapéuticas de los antirretrovirales. Buscando una solución a este problema se planteó la combinación de saquinavir, rifampicina y ritonavir, pero, se ha demostrado que esta combinación aumenta la incidencia de hepatotoxicidad⁶.

El diagnóstico de la tuberculosis en este grupo de pacientes representa otro reto en la actualidad. Puesto que las manifestaciones clínicas dependerán del grado de inmunodepresión, presentándose en ocasiones de manera inespecífica. Por lo tanto, es indispensable una buena anamnesis y examen físico para el diagnóstico temprano. Por ejemplo, los pacientes con meningitis tuberculosa portadores de

VIH frecuentemente no presentan signos meníngeos⁴. Así también la presentación pulmonar paucibacilar de estos pacientes dificulta el uso de algunos medios auxiliares de diagnóstico como la coloración Ziehl Neelsen, el aislamiento de micobacterias y la prueba de tuberculina. La recomendación de la OMS y CDC en estos casos, es la utilización del GeneXpert® que tiene una sensibilidad por encima del 90%², sin embargo esta prueba no es accesible a todos los pacientes debido al alto costo que implica¹. Mientras más fuerte sea la inmunodepresión, más atípica son las manifestaciones clínicas y radiológicas de la tuberculosis pulmonar, presentándose cuando el recuento de CD4+ es menor a 200⁵.

Se estima que sin tratamiento apropiado, la mortalidad de los dos a tres meses corresponde al 90%. Los pacientes con co-infección tuberculosis/VIH mueren antes que aquellos sin tuberculosis, incluso con tratamiento antirretroviral⁷. Aún se encuentra lejos de acabar con la tuberculosis debido a múltiples factores como socioeconómicos, abandono del tratamiento, el hacinamiento, la diseminación de cepas multidrogoresistentes, la propagación del VIH/SIDA, etc^{1,8}. Si se aspira terminar con esta epidemia dual, es imperativo mejorar los programas de la lucha contra la tuberculosis existente y buscar otras medidas para el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de la tuberculosis, así también como un enfoque estratégico dual VIH-tuberculosis, puesto que mientras el VIH/SIDA no sea controlado, no se podrá erradicar la tuberculosis¹.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no presentar conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Vallejos P, Rodríguez J, Searle A, Farga V. Ensayo Xpert MTB/RIF en el diagnóstico de tuberculosis. Rev Chil Enferm Respir [internet]. 2015 [consultada 2016 Jun 23]; 31: 127-131. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rcher/v31n2/art10.pdf>
2. Castro C, Ricardo A, Zabaleta A, Llerena C, Puerto G. Caracterización de aislados clínicos de Mycobacterium tuberculosis obtenidos de individuos VIH positivos en Colombia, 2012. Biomédica [revista electrónica]. 2017 [consultada 23 Junio 2016]; 37(1). Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/view/3112/3171>
3. Organización Mundial de la Salud. La carga mundial de la tuberculosis y su relación con el VIH. Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/# (Fecha de acceso: 25/06/2016)
4. Rojas E. Atención del paciente con la asociación VIH y tuberculosis. MÉD. UIS [revista electrónica]. 2014 [consultada 23 Junio 2016]; 27(2):119-122. Disponible en: <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/4337>
5. Palou E. Tuberculosis y SIDA: Una co-infección eficiente. Rev Med Hondur [re- vista electrónica]. 2010 [consultada 20 Junio 2016]; 78(1):33-37. Disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2010/pdf/Vol78-1-2010-11.pdf>
6. Mallolas J, Sarasa M, Nomdedeu M, Soriano A, López Y, Blanco J, et al. Interacción farmacocinética entre rifampicina y atazanavir potenciado con ritonavir en pacientes infectados por el VIH. HIV Medicine [re- vista electrónica]. 2012 [consultada 24 Junio 2016]; 8 (2):131-134. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582013000200015
7. Organización Mundial de la Salud [internet]. Mortalidad de la TB/VIH. Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/hiv/talking_points/es/index1.html (Fecha de acceso: 25/06/2016)
8. Laurente J, Remuzgo F, Gallardo J, Taype L, Huapaya J, et al. Conocimiento y actitudes acerca de la transmisión y prevención de la tuberculosis en pacientes con tuberculosis multidrogoresistente. Rev. Perú. Epidemiol [re- vista electrónica]. 2010 [consultada 25 Junio 2016]; 14(1): 1-7. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n1/pdf/a05v14n1.pdf