

## TUBERCULOSE E A PROBA DA TUBERCULINA: PREGUNTAS E RESPOSTAS

A tuberculose (TB) é unha enfermidade transmisíbel, pero previble, curable e, a miúdo, esquecida. Non obstante, está aínda presente no noso medio e son varias as consultas recibidas, que pasamos a reproducir:

**Nun paciente cunha proba de tuberculina (PT) previa debe repetirse a proba ante unha nova exposición de risco?** PT previa positiva: no caso de estar documentada e lida por persoal sanitario experimentado (é dicir, persoa xa diagnosticada de infección tuberculosa), non se debería repetir a PT xa que non aporta información para o diagnóstico. Nestes casos aconséllase descartar a enfermidade realizando unha radiografía de tórax e, de ser posible, unha análise microbiolóxica de esputo.

PT previa negativa/descoñecida: debe realizarse de novo, xa que a PT non sensibiliza, e o resultado da nova proba dependerá da exposición de risco.

**En que pacientes hai que facer un estudo de infección tuberculosa?** Débese realizar o diagnóstico de infección aos contactos dun paciente con TB transmisíbel, persoas con infección polo VIH (e viceversa, a todos os pacientes diagnosticados de TB hai que ofrecerlles a proba do VIH), ante cambios fibróticos na radioloxía de tórax suxestivos de TB descoñecida e en pacientes inmunosuprimidos (candidatos a transplante de órgano sólido ou proxenitores hematopoiéticos, silicose, diálise ou pacientes que van iniciar terapias biolóxicas ou inmunosupresoras). Nestes pacientes o punto de corte da proba da tuberculina é de 5 mm.

**Como se organiza un estudo de contactos (EC)?** Os EC realízanse empregando o modelo de círculos concéntricos, que clasifica os contactos e prioriza os estudos segundo o seu risco: [A] contactos de alta prioridade: Persoas con contacto estreito ou prolongado (> 6 horas ao día); Nenos de < 5 anos; Persoas con alteración do sistema inmunitario; [B] contactos de prioridade media: persoas con contacto diario, pero < 6 horas ao día; e [C] contactos de baixa prioridade: contacto esporádico. Deste xeito comezariase o estudo polos contactos de alta prioridade e, se neste grupo non se identifica ningún enfermo ou a prevalencia da infección tuberculosa non é superior á esperada, deberá suspenderse o estudo, en caso contrario deberá ampliarse aos contactos da seguinte prioridade.

**Cal é a capacidade de transmitir a TB do meu paciente?** Os pacientes máis contaxiosos son aqueles con TB pulmonar ou

larínxea, con baciloscopia de esputo (+), tose produtiva ou cavitación pulmonar. Aínda así, os pacientes con TB pulmonar ou larínxea con baciloscopia (-) e cultivo (+) tamén poderían transmitir a enfermidade.

Nunha TB transmisíbel por vía respiratoria non complicada, considérase que tras 2 ou 3 semanas de tratamento, e unha boa evolución clínica ou microbiolóxica (baciloscopia de esputo negativa, en caso de poder obter novas mostras), o paciente deixa de considerarse potencialmente contaxioso.

**Como se interpreta unha PT nun paciente a tratamento con doses altas de corticoides/terapias inmunosupresoras?** A corticoterapia/terapias inmunosupresoras poden ser causas de falsos negativos da PT. Nun paciente con inmunosupresión unha proba positiva indica infección tuberculosa, non obstante, un resultado negativo pode ser un falso negativo, polo que se recomenda facer unha técnica baseada na liberación de interferón gamma (IGRA) o mesmo día da lectura da PT para detectar se estamos ante un falso resultado.

**Como se interpreta unha PT nun paciente ao que recentemente se lle administrou a vacina tripla vírica?** A vacinación con virus vivos (tripla vírica, varicela, etc.) pode producir unha redución da reacción. Esta reacción reducida pode dar lugar a falsos negativos. Polo tanto, ou se realiza a PT ao mesmo tempo que a vacinación con virus vivos ou se debe pospoñer de 4 a 6 semanas.

**Que actitude tomar ante un paciente cunha radiografía de tórax informada como cambios fibróticos compatibles con TB remota do que non se ten evidencia de ter recibido tratamento antituberculoso previo?** Estes pacientes son candidatos a realizar unha PT e/ou IGRA (a non ser que teñan documentada unha proba anterior positiva). De ser positiva, previa exclusión de que a TB estea activa (mediante 3 mostras de esputo, para baciloscopia e cultivo, consecutivas en días diferentes), recomendaráselle realizar un tratamento da infección tuberculosa (TIT) por ter alto risco de desenvolver TB nun futuro.

**Como se debe ler a PT?** Só se mide a induración do diámetro transversal ao eixe maior do antebrazo, non o eritema, cunha regra milimetrada, flexible e transparente preferentemente ás 72 horas da súa inxección intradérmica. Rexistrárase en milímetros (non como positivo ou negativo). A ausencia de induración exprésase como "0 mm".

## REMATOU A ONDA ESTACIONAL DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

Ven de rematar a onda estacional do virus sincicial respiratorio (VSR), despois de 13 semanas de duración. Considérase a última semana de onda aquela na que, por segunda semana consecutiva, acádase menos dun 10% de

positividade para VSR coas mostras respiratorias analizadas para VSR dos laboratorios do CHUAC, CHUP, CHUO e CHUVI. Así, nesta tempada 2019-20, a onda desenvolveuse entre as semanas 46/2019 e 06/2020 (Apéndice).

## REMATOU A ONDA ESTACIONAL DO VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO

Ondas estacionais do VSR *versus* as ondas estacionais da gripe (a partir da ratio semanal entre o número de consultas rexistradas como gripe (R80) en atención primaria do SERGAS e o número de médicos que as rexistraron), dende a tempada 2011-12 ata a tempada 2019-20.

