

## **Tuberculosis y SIDA**

**EDUARDO GOTUZZO, M.D.**  
Universidad Cayetano Heredia, Lima, Perú.

En la mayoría de países en vía de desarrollo, la TBC continúa siendo un problema severo que afecta a la población joven económicamente activa con 4 millones de casos nuevos por año, sabiendo que es una enfermedad que se puede curar y prevenir.

Durante los últimos 10 años, hubo un aumento de casos de TBC en algunos países, como en EE.UU., Europa y Africa (donde puede alcanzar hasta el 50%), con una tasa de 8% en asociación con casos con VIH en 1992, 12% en 1998, y un estimado de 16% para el año 2000.

Los diferentes cuadros clínicos involucran lesiones extra-pulmonares (50%-70%); la presentación pulmonar incluye un cuadro radiológico con lesiones bilaterales difusas y extensas con períodos cortos de la enfermedad. Así mismo, el tratamiento adecuado de la TBC en pacientes con VIH es un tema controversial. En nuestra experiencia, el tratamiento acortado bisemanal no ha dado buenos resultados (en comparación a los reportes en EE.UU. y Haití), pues tenemos 30% de recaídas durante el primer año de seguimiento. Ahora se recomienda que el tratamiento sea de 9 meses (2ª fase, 7 meses). Nosotros alentamos el uso de la Terapia Supervisada (DOT) para alcanzar un tratamiento completo en >90%. La rápida reducción de esputo y el reconocimiento e identificación de contactos familiares con la adecuada profilaxis son los mejores avances.

A principios de los 90, aparecieron brotes de TBC nosocomial, reconociéndose inicialmente en Nueva York, Miami y otras ciudades; en 1997, se detectó en Buenos Aires y en Lima. Estos brotes estuvieron asociados con pacientes con VIH y generalmente con cepas multirresistentes (MDR-TB). El impacto de cepas MDR-TB está en aumento y oscila entre el 5 y el 15% en algunos países. El personal de salud es frecuentemente afectado por las cepas MRD-TB y se necesitan nuevas políticas de aislamiento y prevención en los hospitales.

El uso de terapia antirretroviral agresiva (HAART), de gran eficacia en la historia del SIDA, compromete una interacción de los inhibidores de proteasa con rifampicina/rifabutin, apareciendo nuevos problemas de toxicidad en pacientes con TBC y VIH; se está recomendando el uso de la terapia anti-TBC como la elección primaria, dejando con 2 drogas antirretrovirales, los 2 meses de terapia con 4 drogas anti-TBC y luego en la terapia bisemanal la opción de no incluir rifampicina sino INH/Ethambutol. Otros autores prefieren no cambiar HAART y usar otra droga en lugar de rifampicina (aún es un tema de controversia).