Documento descargado de http://www.elsevier.es el 19/06/2013. Copia para uso personal, se prohibe la transmisión de este documento por cualquier medio o formato.

Rev Clin Esp. 2012;212(2):104–106

Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce

EL ARTÍCULO DEL MES

Nuevas pautas para la prevención de tuberculosis en adultos con infección VIH

Martinson NA, Barnes GL, Moulton LH, Msandiwa R, Hausler H, Ram M, et al. New regimens to prevent tuberculosis in adults with HIV infection. N Engl J Med. 2011;365:11–20.

Introducción. El tratamiento de la tuberculosis (TB) latente en pacientes con infección por VIH es eficaz, pero pocos pacientes en el mundo lo reciben. Este estudio evalúa tres nuevos regímenes que podrían ser más eficaces que el tratamiento convencional con isoniacida.

Métodos. Se randomizó a pacientes sudafricanos adultos infectados por VIH, con prueba de tuberculina positiva, que no estaban tomando terapia antirretroviral, a recibir rifapentina (RFP) (900 mg) con isoniacida (INH) (900 mg) semanalmente durante 12 semanas (RFP + INH), rifampicina (RFM) (600 mg) con INH (900 mg) dos veces por semana durante 12 semanas (RF + INH), INH(300 mg/día) hasta 6 años ($INH_{continua}$) o INH (300 mg/día) durante 6 meses (grupo control). La variable principal primaria fue la supervivencia sin TB.

Resultados. Los 1.148 pacientes tenían una media de edad de 30 años y de linfocitos CD4 de 484/mm^3. La incidencia de TB activa o de muerte fue de 3,1% personas-año en el grupo de RFP + INH, 2,9% personas-año en el grupo de RFM + INH, y 2,7% personas-año en el grupo de $INH_{continua}$ comparado con 3,6% personas-año en el grupo control ($p > 0,05$ para todas las comparaciones). Las reacciones adversas graves fueron más comunes en el grupo de $INH_{continua}$ (18,4% personas-año) que en otros grupos de tratamiento (8,7 a 15,4% personas-año). Dos de 58 aislamientos de *Mycobacterium tuberculosis* (3,4%) fueron multirresistentes.

Conclusiones. En base a las tasas esperadas de TB todos los regímenes de profilaxis secundaria fueron efectivos. Ninguna de las pautas evaluadas fue superior al régimen estándard con INH durante 6 meses.

Comentario

La TB es la infección oportunista más frecuente y la causa principal de muerte en los pacientes con VIH en África. La implantación de programas masivos de profilaxis en estas áreas es fundamental para el control de la enfermedad. Algunos ensayos habían mostrado que profilaxis combinadas en regímenes breves podrían ser más útiles al incrementar el cumplimiento, aunque podrían asociarse con mayores tasas de resistencia a rifampicina. Otro estudio (Samandari T, et al. Lancet. 2011;377:1588-98) demostró que la isoniacida durante largos períodos protege de la reinfección y reactivación de la enfermedad tuberculosa.

Este estudio demuestra que no hay diferencias significativas entre las 4 pautas estudiadas. Los regímenes cortos combinados de INH con un derivado de RFM muestran cumplimientos terapéuticos más altos y no parecen inducir mayor tasa de cepas resistentes (aunque las muestran enviadas para estudio de resistencias fueron muy escasas). El régimen de INH continua tuvo mayor toxicidad, sobre todo hepática (28 vs 5,5%), y una tasa de abandono de tratamiento muy elevada, aunque también se aprecia un descenso de los casos de TB sin significación estadística.

El estudio comentado no fue «ciego» y los pacientes aleatorizados a terapia combinada recibían la medicación del personal investigador, lo que ha podido influir en un mejor cumplimiento terapéutico.

Está demostrado que la profilaxis disminuye los casos de TB en estos enfermos (más de un 60%), sin embargo quedan muchas preguntas por responder: ¿Cuánto dura el efecto protector de las distintas pautas farmacológicas? ¿Cuál es su papel en la reducción de recidivas y reinfecciones? Desconocemos, por tanto, cuál es la pauta óptima y bien tolerada sin interacciones con los principales antirretrovirales.

Aunque la eficacia de la INH durante 6 meses no ha sido superada, es oportuno continuar investigando nuevas pautas que favorezcan el cumplimiento y contribuyan a una implementación masiva de programas de profilaxis en zonas del mundo donde la incidencia/prevalencia de la TB y de la infección por VIH sea elevada.

M.L. López Corcuera
Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España
Correo electrónico: lolopezcorcuera@gmail.com

doi:10.1016/j.rce.2011.09.006

0014-2565/$ – see front matter