



CRIBADO DE LA TUBERCULOSIS

Preguntas clínicas

- a. ¿En nuestro medio, es necesario realizar el cribado universal de la infección tuberculosa latente a todos los niños y adolescentes?
- b. ¿Se debe realizar el cribado de la infección tuberculosa latente a los niños y adolescentes que pertenecen a grupos de riesgo?
- c. ¿Cuál es la prueba de cribado más adecuada para la detección de la infección tuberculosa latente en la infancia y adolescencia?

Resumen de la evidencia

Hay pruebas de que el cribado universal de la infección tuberculosa latente (ITBL) en zonas de baja incidencia tiene un rendimiento pobre, un número elevado de falsos positivos y no es coste-efectivo.

Hay evidencias de que el cribado de la ITBL en los grupos que tienen riesgo elevado de desarrollar una infección tuberculosa activa (ITBA), mejora el rendimiento de las pruebas diagnósticas, el balance beneficio-riesgo y debe de formar parte de las estrategias para disminuir el impacto de la tuberculosis. Se consideran grupos de riesgo los niños que proceden de zonas con tasa de incidencia alta ($\geq 40/100.000$ habitantes), los que han estado en contacto con personas que tienen infección tuberculosa activa y los que están inmunodeprimidos

Sobre el dilema de cuál de las tres estrategias (prueba cutánea de la tuberculina (PCT) sola, determinación de la liberación de interferón gamma (IGRA) solo o PCT seguida de IGRA) para el diagnóstico de la ITBL es la que ofrece mejor rendimiento, existe variabilidad tanto en las recomendaciones de las guías de práctica clínica (GPC) e instituciones, como en las conclusiones de los estudios sobre el tema, aunque la mayoría de las recomendaciones van en el mismo sentido que las que proponemos en este documento.

Los estudios primarios, revisiones sistemáticas y metanálisis analizados tienen importantes limitaciones metodológicas. La mayoría de estudios son heterogéneos, con diversidad de situaciones epidemiológicas, tasas de incidencia, vacunación, edad, estado nutricional, número de pacientes estudiado..., lo que limita la comparabilidad de los estudios y la interpretación de los resultados. No hay un patrón oro para el diagnóstico de la ITBL y se usan criterios variables: carga de la enfermedad en la zona, porcentajes de riesgo por edad y tipo de contacto, distintos puntos de corte del diámetro de la tuberculina. En muchas ocasiones, para calcular la sensibilidad y la especificidad de las pruebas se usa la enfermedad activa como patrón oro, pero como en los niños la confirmación microbiológica es difícil, el diagnóstico se tiene que hacer también en base a criterios clínicos, con lo que tampoco es un buen patrón. En los metanálisis se hacen análisis por subgrupos que ayudan a aclarar el panorama, pero disminuyen la calidad al bajar el número de niños incluidos. Todas estas limitaciones hacen que los estudios disponibles sean de calidad baja o moderada.

Los IGRA se desarrollaron para mejorar la sensibilidad y, sobre todo, la especificidad de la prueba de la tuberculina, pero las evidencias en niños no son claras al respecto. Los criterios de aplicación de una u otra estrategia se basan, además de en las pruebas científicas, en criterios clínicos y epidemiológicos.

Hay pruebas de que los IGRA se comportan mejor en las personas vacunadas con BCG y en individuos infectados con MNT, pero no hay evidencias de que tengan mejores resultados que la PCT en los niños con mayor riesgo de infección tuberculosa, los menores de 5 años o los inmunodeprimidos. En un estudio sobre el diagnóstico de la ITBL en inmigrantes, los IGRA mostraron un buen rendimiento, bien como prueba de entrada o como segunda prueba tras la tuberculina, mejoraron la especificidad y disminuyeron el número de falsos positivos posiblemente debidos a la vacunación con BCG, siendo coste-efectivos al disminuir el número de tratamientos y pruebas innecesarias (36). No obstante, son necesarios nuevos estudios que amplíen el seguimiento de los niños durante más tiempo para comprobar la sensibilidad de la prueba.

La estrategia secuencial de hacer primero la PCT y, teniendo en cuenta las condiciones epidemiológicas, después realizar un IGRA, es la opción más razonable en algunas circunstancias, como en los niños procedentes de países con alta carga de TB, en los niños inmunodeprimidos o en los menores de 5 años de edad. En niños procedentes de países con alta carga de TB, que presumiblemente estarán vacunados con BCG, interesa evitar falsos positivos, por lo que la estrategia secuencial de hacer primero la PCT y, si es positiva, realizar un IGRA, es la más adecuada. En los niños inmunodeprimidos y en los menores de 5 años existe mayor riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa activa, por lo que interesa mejorar la sensibilidad y evitar falsos negativos; en estos casos, la estrategia secuencial de hacer primero la tuberculina y, si es negativa, realizar un IGRA, parece la más razonable.

Recomendaciones de PrevInfad (GRADE)

- 1- **Se recomienda no realizar** el cribado universal de la infección tuberculosa latente en los niños y adolescentes de nuestro país.
- 2- **Se recomienda realizar** el cribado de la infección tuberculosa latente en los niños y adolescentes que pertenecen a grupos de riesgo.
- 3- **Se sugiere** el uso de la tuberculina como primera prueba para el cribado de la infección tuberculosa latente en niños y adolescentes de nuestro país.
- 4- **Se sugiere** utilizar los IGRA para los niños y adolescentes de cinco o más años con prueba de la tuberculina positiva y antecedente de vacunación con BCG, para mejorar la especificidad de la prueba de cribado.

José Mengual Gil
Grupo PrevInfad

Cómo citar este artículo: Mengual Gil, J. Cribado de la tuberculosis. Recomendación. En Recomendaciones PrevInfad/PAPPS [en línea]. Actualizado marzo de 2016. [consultado DD-MM-AAAA]. Disponible en http://www.aepap.org/previnfad/rec_tbc.htm.