

Esta sección esta abierta para todos los lectores de la Revista, a la que pueden enviar sus preguntas, comentarios o críticas a los artículos que hayan sido publicados en los últimos números, teniendo en cuenta la posibilidad de que los autores aludidos puedan responder. Podrá aceptarse la comunicación de investigaciones preliminares, o de intervenciones en brotes que no hayan sido publicados ni sometidos a publicación en otra revista; así como, algunos comentarios sobre problemas de salud pública, ética y educación médica. La extensión máxima aceptable es de 1000 palabras, con un máximo de seis referencias bibliográficas (incluyendo la referencia del artículo que la motivó, cuando sea el caso) y una tabla o figura. Esta puede ser enviada a revmedex@ins.gob.pe.

EVIDENCIA DE TUBERCULOSIS CON RESISTENCIA EXTENDIDA A DROGAS DE SEGUNDA LINEA (TB XDR) EN EL PERÚ

[EVIDENCE OF EXTENSIVELY SECOND LINE DRUG RESISTANCE (XDR TB) IN PERU]

Alberto Mendoza-Ticona^{1a}, Luis Asencios-Solís^{1b}, Neyda Quispe-Torres^{1b}, Elena Leo-Hurtado^{1b}

Sr. Editor. El Laboratorio de Micobacterias del Instituto Nacional de Salud de Perú (INS) ha implementado la prueba de susceptibilidad a drogas antituberculosas de primera y segunda línea por el método de agar en placa, de acuerdo con estándares internacionales^{1,2}, bajo la supervisión del Laboratorio de Salud Pública del Estado de Massachussets, EEUU, que es uno de los laboratorios supranacionales de la OMS.

Debido a la aparición de resistencia a drogas antituberculosas de segunda línea, definida como tuberculosis extensivamente resistente (TB XDR, cepa de *M. tuberculosis* con resistencia simultánea a isoniácida, rifampicina, una fluoroquinolona y una droga parenteral de segunda línea³), el INS viene realizando desde el año 2007 pruebas de susceptibilidad a drogas antituberculosas de primera y segunda línea en forma integrada para todos los aislamientos de *M. tuberculosis* que recibe de la Red de Laboratorios de Salud Pública del país, de acuerdo con lo dispuesto por la norma técnica nacional vigente de la Estrategia Sanitaria de Control y Prevención de la TB⁴.

A continuación se presenta los resultados emitidos por el Laboratorio de Referencia Nacional de Micobacterias en el primer semestre del año 2007 sobre la ocurrencia de TB XDR y sus patrones de resistencia a las diferentes drogas antituberculosas.

De enero a junio de 2007 se emitieron 2235 resultados de pruebas de susceptibilidad de aislamientos de 1895 pacientes de todo el Perú. De los cuales 698 (36,8%) pacientes tuvieron TB multidrogorresistente (TB MDR, resistencia por lo menos a isoniácida y rifampicina) y 45 fueron diagnosticados de TB XDR (2,4% del total de pacientes y 6,4% de los pacientes con TB MDR).

Los 45 pacientes con TB XDR procedían de las siguientes regiones de salud: Lima-Ciudad: 16 (35,6%), Lima-Este: 14 (31,1%), Callao: 6 (13,3%), Lima-Sur: 3 (6,7%), Ica: 2 (4,4%), Ancash-Chimbote: 2 (4,4%), Lima provincia: 1 (2,2%) y Arequipa: 1 (2,2%). Diecisiete (38%) fueron mujeres. Hubo diferencia en la edad de ocurrencia de la TB XDR entre ambos sexos, siendo menor en mujeres (24,4 años, rango: 7 a 45) que en varones (33,5 años, rango: 21 a 58) ($P < 0,05$).

La resistencia a drogas antituberculosas en los aislamientos de TB XDR fue de 78% para etambutol, 58%, para pirazinamida (por técnica de la pirazinamidasa), 84% para capreomicina, 84% para estreptomina, 78% para kanamicina, 69% para etionamida, 20% para PAS y 4% para cicloserina.

La TB XDR es una forma de TB producida por bacterias resistentes a las drogas antituberculosas más efectivas

¹ Laboratorio de Micobacterias, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

^a Médico infectólogo, ^b biólogo.

y generalmente tiene resistencia a todas las drogas de primera línea y a la mayoría de segunda línea, como se corrobora en este reporte. La aparición de cepas de TB XDR refleja de la deficiencia en los programas de control y tratamiento de la TB resistente³.

La alta mortalidad asociada a esta cepa, sobre todo en lugares con alta prevalencia de infección por VIH, como Sudáfrica⁵ han hecho que las autoridades sanitarias internacionales declaren en alerta mundial la emergencia de esta bacteria y se han propuesto recomendaciones para su control⁶. Estas medidas incluyen el fortalecimiento de los servicios de laboratorio para la universalización de pruebas de susceptibilidad en regiones de alta incidencia de TB MDR, como es Lima y Callao, y algunas ciudades de la costa y selva peruana. Por ello, el INS ha programado la transferencia de pruebas rápidas de diagnóstico de TB MDR a las diez direcciones de salud donde ésta enfermedad es altamente prevalente.

Dado que la TB XDR representa una amenaza para la salud pública en la sociedad peruana, es urgente implementar las medidas recomendadas por OMS que incluya el aislamiento de estos pacientes en albergues hasta controlar su estado de contagiosidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Woods GL, Brown-Elliott BA, Desmond EP, Hall GS, Heifets L, Pfyffer GE, et al. Susceptibility testing of Mycobacteria, Nocardiae, and other aerobic Actinomycetes; approved standard. Pennsylvania: NCCLS; 2003. Document M24-A.
2. Kent P, Kubica G. Public health mycobacteriology: A guide for the level III laboratory. Atlanta: US Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control; 1985.
3. World Health Organization. Control of XDR-TB. Update on progress since the Global XDR-TB Task Force Meeting: 9–10 October 2006 [documento en internet]. Geneva: OMS; 2007. [Fecha de consulta: junio 2007]. Disponible en: http://www.stoptb.org/events/world_tb_day/2007/assets/documents/globaltaskforce_update_feb07.pdf
4. Perú, Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el Control de la Tuberculosis en el Perú. Lima: MINSA; 2006.
5. Gandhi NR, Moll A, Sturm AW, Pawinski R, Govender T, Lalloo U, et al. Extensively drug-resistant tuberculosis as a cause of death in patients co-infected with tuberculosis and HIV in a rural area of South Africa. Lancet. 2006; 368:1575-80.
6. World Health Organization. 2007 – 2008 XDR & MDR Tuberculosis Global Response Plan [documento en internet]. Geneva: WHO; 2007. [Fecha de acceso: abril 2007] Disponible en: http://www.who.int/tb/challenges/xdr/xdr_mdr_factsheet_2007_en.pdf

Correspondencia: Dr. Alberto Mendoza Ticona. Laboratorio de Micobacterias, Centro Nacional de Salud Pública, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

Dirección: Cápac Yupanqui 1400, Lima 11.

Teléfono: (511) 471-9920

Correo electrónico: cmendoza@ins.gob.pe