



Nota clínica

Diferencias en los hallazgos clínicos en dos grupos de población inmigrante afecta de tuberculosis



August Supervía^{a,*}, Oriol Pallàs^a, Lucilla Piccari^b, Sabina Herrera Fernández^c, Marisol Domínguez Álvarez^b, Isabel Cirera^a y Francisco del Baño^a

^a Servicio de Urgencias, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

^b Servicio de Neumología, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

^c Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario del Mar, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 2 de abril de 2014

Aceptado el 14 de agosto de 2014

On-line el 7 de octubre de 2014

Palabras clave:

Tuberculosis

Inmigrantes

Hallazgos clínicos

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo para identificar posibles diferencias en la presentación clínica de la tuberculosis entre 2 grupos de población inmigrante. Se incluyeron 94 pacientes visitados en urgencias y que fueron diagnosticados de tuberculosis activa en el periodo 2006-12. Cuarenta y nueve pacientes era originarios de Asia Central (A) y 45 de Latinoamérica (LA). La edad media (años [DE]) fue de 35,3 (13) años en los procedentes de A por 33,9 (10) en los de LA. Existía un predominio de varones en asiáticos (40/49 vs. 25/45; $p=0,006$). Los pacientes procedentes de LA tenían mayor porcentaje de tuberculosis pulmonar. Los pacientes de A vivían en condiciones de hacinamiento con mayor frecuencia. Los pacientes de LA tenían más antecedentes de seropositividad para el VIH. La mayoría recibió tratamiento cuádruple. Dos pacientes latinoamericanos eran resistentes a isoniazida.

© 2014 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Differences in clinical features of two immigrant populations with tuberculosis

ABSTRACT

A study was performed to assess differences in the clinical presentation of tuberculosis between two groups of immigrants. Ninety-four patients seen in the emergency room for newly diagnosed tuberculosis between 2006 and 2012 were included. Forty-nine patients were from Asian countries and 45 from Latin America. Mean age [years (SD)] was 35.3 (13) in Asian patients and 33.9 (10) in Latin American patients. Asian subjects were predominantly male (40/49 vs 25/45; $P=0.006$). Patients from Latin American countries had a higher rate of pulmonary tuberculosis. A higher percentage of Asian patients lived in overcrowded conditions, whereas HIV infection was more frequent among Latin Americans. Most patients were treated with a quadruple regimen. Resistance to isoniazid was documented in two patients from Latin America.

© 2014 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En las últimas décadas, la mejoría en las condiciones sociales y sanitarias, y la disponibilidad de tratamientos cada vez más eficaces ha contribuido a disminuir la tasa de incidencia de tuberculosis (TB). En España esta disminución se ha visto frenada, en parte debido a

los altos índices de inmigración de personas procedentes de países con alta prevalencia de esta enfermedad¹. Entre los factores a tener en cuenta en relación con la inmigración, destacan que se trata de una población más joven² con co-infección por VIH², mayor hacinamiento y abandono del tratamiento. En Barcelona, una de las ciudades españolas con más flujo de inmigración, en el año 2013 se diagnosticaron 331 nuevos casos de TB, con un total de 126 casos en los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí. De estos, un 56% procedían de países asiáticos (A), estando censados en su mayoría en Ciutat Vella, donde existen mayores índices de hacinamiento, y un 15% de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Asupervia@hospitaldelmar.cat (A. Supervía).

Tabla 1
Características basales de los 2 grupos a estudio, síntomas más frecuentes y localización de la tuberculosis

	Latinoamérica (n = 45)	Asia (n = 49)	Valor de p
Edad (DE)	33,9 (10) años	35,3 (13) años	NS
Sexo varón; n (%)	17 (55,5)	25 (81,6)	0,006
Tiempo de estancia en España (DE)	5,4 (5,4) años	4,5 (4,3) años	NS
Infección VIH; n (%)	5 (11,1)	0	0,026
Fumadores; n (%)	12 (26,78)	17 (35,4)	NS
Alcohol; n (%)	4 (8,9)	7 (14,6)	NS
Consumo de cannabis; n (%)	1 (2,2)	0	NS
Drogas ilegales; n (%)	2 (4,4)	2 (4,2)	NS
Tuberculosis previa; n (%)	6 (13,3)	2 (4,2)	NS
Hacinamiento*; n (%)	5 (11,6)	17 (36,2)	0,06
Fiebre; n (%)	33 (74,4)	35 (71,4)	NS
Tos; n (%)	42 (93)	38 (77,1)	0,03
Disnea; n (%)	11 (25,6)	6 (12,5)	NS
Hemoptisis; n (%)	10 (23,3)	11 (16,7)	NS
Localización pulmonar; n (%)	37 (81,8)	30 (61,2)	0,024
Localización pleural; n (%)	12 (27,3)	15 (30,6)	NS
Total localización extrapulmonar; n (%)	13 (29,5)	24 (49,9)	0,044
Afectación miliar; n (%)	2 (4,4)	3 (6,1)	NS

DE: desviación estándar; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana.

* Las condiciones de hacinamiento solo pudieron valorarse en 43 pacientes latinoamericanos y en 47 asiáticos. Se definió hacinamiento como la convivencia de más de 3 personas por habitación.

Latinoamérica (LA). En nuestro conocimiento no existen estudios que comparen las características diferenciales entre poblaciones de distinto origen, siendo probable que las distintas condiciones sociales existentes entre ellas propicien diferencias. El objetivo de este estudio es determinar las diferencias en la presentación clínica de la TB entre 2 poblaciones de inmigrantes, así como determinar el porcentaje de resistencias en ambos grupos de población.

Observación clínica

Se ha realizado un estudio retrospectivo descriptivo de los nuevos casos de TB (diagnosticados durante la visita índice o durante el seguimiento posterior) en pacientes procedentes de LA o A que fueron atendidos en el servicio de urgencias en los años 2006-12. Se revisaron los informes de alta de los servicios del área médica (urgencias y hospitalarios), con exclusión de pediatría, en los que figuraba el diagnóstico de TB, infección tuberculosa o infección por micobacterias. Se consideraron diagnósticos de TB los casos confirmados microbiológicamente mediante cultivo en medio de Löwenstein-Jensen y/o BACTEC®. Se incluyeron también como casos aquellos con clínica compatible y derrame pleural con ADA elevado.

De 222 pacientes con diagnóstico final de TB, el 62,6% eran inmigrantes, de los cuales 49 procedían de A y 45 de LA. Los países con mayor representación eran Pakistán (37 casos) y Bolivia (11). En la [tabla 1](#) se expresan las características basales, síntomas más comunes y localización de la TB. Los hallazgos radiológicos se muestran en la [figura 1](#). Se realizó TC de tórax en el 9,1% de los pacientes de LA y en el 28,3% de A ($p=0,019$). Esta permitió identificar 2 pacientes de LA con radiografía de tórax no patológica. Los pacientes procedentes de LA tenían mayor porcentaje de TB pulmonar. Los casos de TB extrapulmonar, entendida como todas aquellas TB con afectación fuera del parénquima pulmonar, fueron 13 en LA (29,5%) por 24 (49,9%) en A ($p=0,044$). Diez pacientes presentaban concomitantemente TB pulmonar y extrapulmonar (6 de A y 4 de LA). La baciloscopia de esputo fue positiva en el 83,9% de los pacientes de

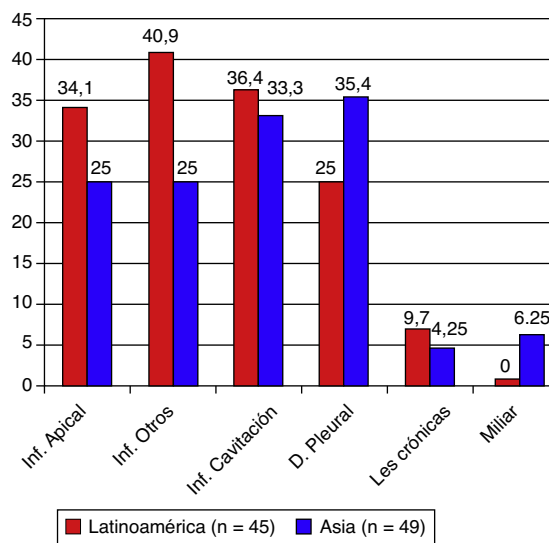


Figura 1. Hallazgos radiológicos observados en los pacientes a estudio.

LA con TB pulmonar y en el 88,5% de los pacientes de A ($p=NS$). La mayoría fue tratada con 4 fármacos (100% de asiáticos y 93,2% de latinoamericanos). En 2 pacientes de LA se documentó resistencia a isoniazida.

Discusión

Este estudio muestra la existencia de diferencias según el lugar de procedencia en 2 grupos de población inmigrante. Llama la atención que la totalidad de los casos con seropositividad para el VIH (11%) son procedentes de LA, si bien la proporción de co-infección es similar a la descrita por González-Moreno et al.³, siendo algo mayor que la observada en la red de vigilancia de TB europea⁴. En ambos grupos existe una elevada proporción de localización extrapulmonar, alcanzando casi la mitad de los pacientes en los inmigrantes procedentes de A (similar a la descrita en población VIH¹). Posibles causas de estos hallazgos pueden ser las diferentes condiciones sociales de los pacientes, tanto en España como en sus países de origen, así como la posibilidad de que existan diferencias en la dinámica de la infección (infección primaria o recurrencia). Lamentablemente, aunque solo un 4,2% de pacientes de A tenía documentada una TB previa, no se dispone de datos fiables a este respecto.

Hay que destacar el elevado porcentaje de baciloscopias positivas en ambas poblaciones con respecto a otros registros españoles³, así como el bajo porcentaje de resistencias detectadas (4,5%), similar a lo reportado por otras series españolas^{1,5}.

En nuestro conocimiento este es el primer estudio realizado en nuestra área de influencia que evalúa las características de 2 grupos distintos de población inmigrante afectados de TB en el momento de su atención en un servicio de urgencias. Son necesarios más estudios para detectar posibles diferencias en las características de las TB en otros grupos de población inmigrante y en otras áreas de influencia.

Bibliografía

- Fortún J, Martín Dávila P, Navas E, López Vélez R, Pintado V, Cobo J, et al. Los cambios en la epidemiología de la tuberculosis: la influencia de los flujos migratorios internacionales. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:654-9.
- Ramos JM, Masiá M, Rodríguez JC, Padilla I, Soler MJ, Gutiérrez F. Tuberculosis en inmigrantes: diferencias clínico epidemiológicas con la población autóctona (1999-2002). *Enf Inf Microbiol Clin.* 2004;22:315-8.

3. González- Moreno J, García Gasalla M, Cifuentes Luna C, Mir Villadrich I, Pareja Bezares A, Navarro Fernández V. Experiencia de una unidad monográfica de tuberculosis: Primeros 500 casos. Arch Bronconeumol. 2013;49:421–6.
4. ECDC surveillance report: Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2012 [consultado 11 Jul 2012]. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/1203-Annual-TB-Report.pdf>
5. Alberte-Castiñeiras A, Campos-Bueno A, López-Urrutia L, Álvarez-Alonso E, Mejías G, Ojeda-Fernández E, et al. Resistencias a fármacos de *Mycobacterium tuberculosis* en la comunidad de Castilla-León (España) 2001-2005: tercer estudio multicéntrico. Enf Infec Microbiol Clin. 2010;28:706–9.