



## Cartas al Director

### Comentarios al tratamiento de la tuberculosis con resistencia



#### Comments On The Treatment Of Resistant Tuberculosis

Estimado Director:

He leído con interés la normativa de Caminero et al.<sup>1</sup> referente al diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis con resistencia a fármacos. Estoy de acuerdo que por los trabajos publicados, bedaquilina y delamanid deben de ser considerados fármacos esenciales en el diseño de los regímenes de tratamiento de la tuberculosis multirresistente, como lo exponen en la clasificación racional y uso secuencial de fármacos antituberculosos a utilizar en el diseño de esquemas terapéuticos (tabla 3 de Caminero et al.). Y en este sentido, en la clasificación de la OMS de 2016<sup>2</sup> los debería haber incorporado en el grupo C (Otros fármacos de segunda línea principales) junto a linezolid y no, en el grupo D1 (Fármacos a añadir, no parte del régimen básico). Sin embargo, aunque la normativa de Caminero et al. da un mayor valor teórico a estos 2 fármacos (bedaquilina y delamanid), no lo hace desde un punto de vista práctico, pues no recomienda de entrada pautas de tratamiento con estos fármacos. Probablemente esto se deba a la misma razón por la que la OMS los incluyó en el grupo D2, y es que son fármacos muy caros. No obstante, hay que tener en cuenta que hay varios trabajos que demuestran que incorporar estos fármacos caros a los regímenes de tratamiento de la tuberculosis multirresistente es una medida rentable<sup>3,4</sup>.

Por otro lado esta normativa recomienda que se dé prioridad al esquema corto de 9-12 meses propuesto por la OMS en el 2016, denominado «régimen de Bangladesh de 9 meses»<sup>2</sup> para todos los pacientes afectados de tuberculosis con resistencia a rifamicina o multirresistentes que no hayan recibido previamente fluorquinolonas (FQ) o fármacos inyectables de segunda línea (FISL) o que se demuestre que hay sensibilidad *in vitro* a estas 2 clases de

antibióticos. Sin embargo, la OMS también recomienda que este régimen no debe ser usado en pacientes con sospecha o confirmación de resistencia a uno o más fármacos, aparte de las FQ y FISL, de este régimen corto (por ejemplo, pirazinamida). En este sentido, hay trabajos que ponen muy en duda la aplicabilidad de este régimen corto en ciertas regiones del mundo (como diversos países de Europa) por el patrón de resistencias prevalentes en dichas áreas<sup>5</sup>. Por otro lado, tampoco se debe utilizar este régimen corto en pacientes con enfermedad extrapulmonar o embarazo<sup>2</sup>.

#### Bibliografía

1. Caminero JA, Cayla JA, García-García JM, García-Pérez FJ, Palacios JJ, Ruiz-Manzano J. Diagnosis and Treatment of Drug-Resistant Tuberculosis. Arch Bronconeumol. 2017;53:501–9.
2. WHO treatment guidelines for drug-resistant tuberculosis. 2016 update. [revisado Oct 2016]. [consultado el 30/09/2017]. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250125/1/9789241549639-eng.pdf?ua=1>
3. Wirth D, Dass R, Hettle R. Cost-effectiveness of adding novel or group 5 interventions to a background regimen for the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in Germany. BMC Health Serv Res. 2017;17:182.
4. Wolfson LJ, Walker A, Hettle R, Lu X, Kambili C, Murungi A, et al. Cost-effectiveness of adding bedaquiline to drug regimens for the treatment of multidrug-resistant tuberculosis in the UK. PLoS One. 2015;10:e0120763.
5. Lange C, Duarte R, Fréchet-Jachym M, Guenther G, Guglielmetti L, Oлару ID, et al. Limited Benefit of the New Shorter Multidrug-Resistant Tuberculosis Regimen in Europe. Am J Respir Crit Care Med. 2016;194:1029–31.

José Francisco Pascual Pareja

Servicio de Medicina Interna, Unidad de Tuberculosis, Complejo Hospitalario La Paz-Cantoblanco-Carlos III, Madrid, España  
Correo electrónico: [josefrancisco.pascual@salud.madrid.org](mailto:josefrancisco.pascual@salud.madrid.org)

<https://doi.org/10.1016/j.arbres.2017.10.017>  
0300-2896/

© 2017 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.