

TUBERCULOSIS: UNA HERIDA ABIERTA EN LA SALUD PÚBLICA ARGENTINA

DOMINGO PALMERO^{1,2,3}, ISABEL N. KANTOR³

¹Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz, ²Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl Vaccarezza, Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires, ³Comité Editorial *Medicina (Buenos Aires)*, Buenos Aires, Argentina

E-mail: djpalmero@intramed.net

El *Mycobacterium tuberculosis* es un antiguo patógeno que infecta a los animales de sangre caliente. Su filogenia se remonta a 2-3 millones de años, lo que resulta en una excelente adaptación al huésped, a quien infecta, puede enfermar y también matar, pero a un ritmo que le permite mantenerse vigente a lo largo de toda la historia de la humanidad¹. Los mecanismos de evasión antigénica que desarrolló logran que la inmunidad frente a la infección o la vacuna BCG no sea totalmente protectora². La incidencia mundial disminuye lentamente (2023: 10.8 millones de casos y 1.25 millones fallecidos); la pandemia de COVID-19 fue un factor altamente negativo para el control de la enfermedad³.

En Argentina, los casos de tuberculosis (TB) aumentan sostenidamente desde hace más de 10 años (2013: 9070; 2024: 16 647)⁴.

Entre 2020 y 2024 la mediana de casos de TB acumulados en la SE1-24 (Semana epidemiológica-1) fue 6043. En 2025 (SE1-25) fueron 7905: ¡un 31% de aumento!⁵.

No solo aumentó el número de casos, sino que su gravedad nos retrotrae a la era preantibiótica. Demora diagnóstica, limitaciones para el control de foco y búsqueda de casos, poblaciones vulnerables en aumento, dificultades con la adherencia al tratamiento, son todos factores relacionados con el incremento de una enfermedad de fácil diagnóstico y tratamiento eficaz. El centro

de la cuestión es hallar los casos de infección y enfermedad por TB y tratarlos adecuadamente.

En el capítulo diagnóstico los avances son espectaculares, de la baciloscopia (Robert Koch, 1882), que requiere 5000 a 10 000 bacilos/mL para ser positiva (implica el hallazgo de casos avanzados) y el cultivo (3 a 4 semanas de espera), a métodos moleculares rápidos (MMR), a partir de 2010, que actualmente con unos 30 bacilos/mL detectan en horas el ADN bacilar y también mutaciones de resistencia a rifampicina e isoniazida, más la secuenciación de siguiente generación que explora en forma completa mutaciones de resistencia⁶, tenemos un excelente panorama para el diagnóstico precoz de la denominada TB subclínica. El problema en Argentina es la accesibilidad a los MMR, todavía escasos, para lograr el objetivo OMS de efectuarlos en todos los sintomáticos respiratorios en los que se sospeche TB.

El tratamiento estándar de la TB susceptible que data de fines de la década de 1970 (más de 50 años) es eficaz, aunque su duración (mínimo 6 meses) complica la adherencia.

Respecto de la TB drogorresistente, la más frecuente es la monorresistente a isoniazida, menos frecuente la monorresistente a rifampicina, y la más estudiada es la denominada multidrogorresistente (TB-MDR), con resistencia mínima a isoniazida y rifampicina. Son formas de resistencia más graves la TB pre extensamente

resistente o pre-XDR (resistencia mínima a isoniácida, rifampicina y fluoroquinolona) y la extensamente resistente o TB-XDR (resistencia mínima a isoniácida, rifampicina, fluoroquinolona y bedaquilina y/o linezolid)⁷. La TB drogorresistente representa una amenaza más al control de la TB; en Argentina no está tan extendida⁴ como en otros países vecinos como Perú³.

En este campo los progresos terapéuticos han sido notables, de esquemas que duraban 18 a 24 meses, con el paciente internado (un retorno a la era sanatorial de la TB en el año 2000), a esquemas con nuevos fármacos (bedaquilina, pretomanid) y repropuestos (linezolid, moxifloxacina) y una duración de 6 meses, totalmente orales y ambulatorios (si la gravedad del paciente lo permite)⁷, prácticamente, la misma duración que un tratamiento estándar.

¿Entonces? ¿Por qué la TB muestra una tendencia al ascenso en nuestro país? En el segundo y tercer párrafo hemos delineado los principales

factores. Y asociadas a esta tendencia creciente de la TB y las formas avanzadas que vemos rutinariamente, están las secuelas pulmonares de los pacientes que logran curarse. Han creado un nuevo tema de estudio: la enfermedad pulmonar post-TB (EPPTB), que puede llevar a la muerte al paciente bacteriológicamente curado, pero con insuficiencia respiratoria o complicaciones infecciosas graves de sus secuelas; gran parte de este problema está relacionado con el diagnóstico tardío de la enfermedad⁸.

En resumen, la TB es una enfermedad con una profunda raigambre social, un cristal a través del cual podemos ver la situación socioeconómica de un país o región. Todos los esfuerzos diagnósticos y terapéuticos chocan con realidades complejas que deben ser abordadas por el Estado, responsable de las políticas de salud de un país. En tanto estos factores no se resuelvan o por lo menos mejoren, la TB seguirá allí, infectando, enfermando... y matando.

Bibliografía

1. Gutierrez MC, Brisse S, Brosch R, et al. Ancient Origin and Gene Mosaicism of the Progenitor of *Mycobacterium tuberculosis*. *PLoS Pathog* 2005; 1: e5.
2. Miceli INP, Kantor IN. La vacuna contra la tuberculosis: entre viejas y nuevas tecnologías. *Medicina (B Aires)* 1999; 59:300-4.
3. World Health Organization (WHO). Global tuberculosis report 2024. En: <https://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>; consultado junio 2025
4. Ministerio de Salud, República Argentina. Boletín VIII, marzo de 2025. Tuberculosis y lepra en la Argentina. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2024/04/boletin-8_tbc-260325.pdf; consultado junio 2025.
5. Dirección de Epidemiología. Boletín Epidemiológico Nacional No.761. Semana epidemiológica 24 (SE24), 2025, Tabla 1, p12. En: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_761_se_24.pdf ; consultado junio 2025.
6. WHO. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 3: Diagnosis. Rapid diagnostics for tuberculosis detection, 3rd ed. 2024. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. En: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376155/9789240089501-eng.pdf?sequence=1>; consultado junio 2025.
7. WHO. WHO consolidated guidelines on tuberculosis: module 4: Treatment and care, 2025 En: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240107243>; consultado junio 2025.
8. Inwentarz SJ, Migliore GB, Lagrutta L, et al. Recomendaciones para el manejo de la Enfermedad Pulmonar Post Tuberculosis. Departamento tuberculosis ALAT. *Respirar* 2024; 16: 271-88.