Curatola AG, Sandhu G, Gilman RH, Soto G, Bemabe A, Saito M, Pelly T, Ahn Y, Tovar M, Rodríguez R, Escombe AR, Evans CA.
La prueba cutánea de tuberculina tiene una utilidad diagnóstica limitada para la tuberculosis pulmonar adulta en regiones endémicas.
Presentación de póster 680.

En las Actas de la 56ª Reunión Anual de la Sociedad Americana de Medicina e Higiene Tropical: 4-8 de noviembre de 2007; Filadelfia, PA USA.
American Journal of Tropical Medicine and Hygiene 2007;77 (5 Suppl):194-195.
doi: <https://doi.org/10.4269/ajtmh.2007.77.170>
Acceso abierto: <http://www.ajtmh.org/content/journals/10.4269/ajtmh.2007.77.170>

La prueba cutánea de tuberculina (TST) a menudo se usa para evaluar la probabilidad de que los síntomas sean causados ​​por la enfermedad de la tuberculosis. Sin embargo, la fiabilidad puede ser

limitado porque la TB avanzada causa TST falso negativo y en los países con TB endémica, muchas personas sanas tienen TST positiva por razones que incluyen infección latente de TB asintomática. La TB es una enfermedad degenerativa y planteamos la hipótesis de que un IMC bajo puede ser más confiable para diagnosticar la enfermedad de TB que el TST. El objetivo de este estudio fue comparar la utilidad diagnóstica del TST versus el IMC para la enfermedad de TB en adultos en Perú. En un estudio prospectivo de casos y controles inicial, encontramos que 46% (298/647) de individuos sanos eran TST-positivos versus 65% (261/355) de pacientes con TB pulmonar recién diagnosticados (odds ratio [OR] 3.4 intervalos de confianza del 95% [IC] 2.6-4.6). El tamaño de la reacción TST no se asoció con la probabilidad de TB ni con el pronóstico. Por lo tanto, hicimos un estudio de cohorte prospectivo de 428 pacientes sintomáticos con sospecha de enfermedad de tuberculosis después de la tuberculosis contacto. 376 de estos contactos sintomáticos tenían TST y cultivo de esputo diagnóstico. El TST fue positivo en el 63% (215/339) de los contactos que se descubrió que no tenían enfermedad de TB en comparación con el 59% (22/37) de los contactos cuyo esputo creció Mycobacterium TB, confirmando la enfermedad de TB (OR 0.95 IC del 95% 0.48 -1.9). El IMC bajo se asoció con la enfermedad de TB y con TST falso negativo. En consecuencia, el IMC <20 predijo la enfermedad de TB de manera más confiable que el resultado de TST (OR de TB si el IMC <20 fue de 9.2 en el control de casos estudio y 4.8 en el estudio de cohorte de contacto, ambos P <0.001). El IMC bajo fue un mejor indicador de diagnóstico de TB activa que un TST positivo. Por lo tanto, en adultos de regiones endémicas, la probabilidad de que una enfermedad sea causada por TB está poco influenciada por el TST, pero en gran medida por el IMC. La realización de una TST no está indicada para diagnosticar la enfermedad de TB en contactos sintomáticos y se debe dar mayor énfasis al IMC para evaluar la probabilidad de que la enfermedad de un paciente sea TB.