

sería positivo de entrada), o bien el paciente sea contacto de un enfermo (en cuyo caso los dinteles de positividad son los mismos que en un sujeto no vacunado)⁷.

En quinto lugar, la definición de los valores de corte a partir de los cuales se considera positiva la prueba de Mantoux en los diferentes grupos de riesgo es incorrecta. En lugar de establecer los límites en términos de «mayor o igual» de 5, 9 y 14 mm, respectivamente, se dice que en el grupo de mayor riesgo la reacción es positiva si mide de 5 a 9 mm, en el de riesgo intermedio de 9 a 14 mm, y en el de bajo riesgo más de 14 mm. Esta definición implica ni más ni menos que, por ejemplo, si un paciente de elevado riesgo (como uno infectado por el VIH) tiene una reacción tuberculínica de 11 mm, ésta no debe ser considerada positiva (ya que no está entre 5 y 9 mm). Para confundir más si cabe las definiciones, más adelante se dice que «en todo caso se recomienda considerar positiva la induración igual o superior a 15 mm», con lo cual un paciente infectado por el VIH debería ser considerado negativo a la prueba de Mantoux si tiene menos de 5 mm de induración o bien tiene entre 10 y 14 mm, y positivo si tiene entre 5 y 9 mm o bien más de 14 mm.

En sexto lugar, la interpretación de los resultados en los vacunados con BCG no se ajusta a lo recomendado en la bibliografía reciente. La afirmación de que «los resultados de la reacción de Mantoux en personas vacunadas con la BCG deben interpretarse y tratarse siguiendo las pautas recomendadas para pacientes con riesgo elevado» va en contra de las recomendaciones admitidas en España, que establecen el dintel de positividad en más de 5 mm para los sujetos de riesgo elevado, y en más de 15 mm para la población general⁸.

Finalmente, en lo referente al tratamiento de la infección latente (TITL), en los regímenes recomendados se incluye la rifampicina más pirazinamida bisemanales durante dos meses, del que no existe suficiente experiencia ni en sujetos infectados por el VIH ni en los que están libres de infección⁹. Por otra parte, más adelante se afirma que el régimen de isoniacida más rifampicina de 2 a 4 meses no ha sido ampliamente evaluado, cuando desde hace años la pauta isoniacida más rifampicina diaria durante tres meses es un régimen ampliamente utilizado por la British Thoracic Society⁹. Más abajo la aseveración de que la edad deja de ser indicación de realizar analítica previa al TITL no está referenciada, cosa que sería punto a discutir, pues está demostrado que la toxicidad por isoniacida aumenta con la edad¹⁰, y muchos expertos en España no aceptan este punto, máxime cuando no se especifica si se refiere a isoniacida sola o a combinaciones de fármacos. Esperamos que la presente carta sea interpretada como una crítica constructiva con la intención de clarificar conceptos que frecuentemente están confusos en el público médico no especialista, y que en ocasiones pueden ser motivo de toma de decisiones terapéuticas y/o diagnósticas inadecuadas.

Jordi Solsona Peiró,

M. Ángeles Jiménez Fuentes, Celia Milà Augé
y M. Luisa de Souza Galvão

Centro de Prevención y Control de la Tuberculosis. Barcelona.

- Gómez Rodríguez F, Bernal Bermúdez JA, García Egido A. Evaluación y tratamiento de la tuberculosis latente en el adulto. *Med Clin (Barc)* 2001;117:111-4.

- Small P, Hopewell PH, Shing S, Paz A, Parsonnet J, Ruston D, et al. The epidemiology of tuberculosis in San Francisco. A population-based study using conventional and molecular methods. *N Engl J Med* 1994;330:1703-9.
- Alland D, Kalkut G, Moss A, McAdam R, Hahn J, Bosworth W, et al. Transmission of tuberculosis in New York City. An analysis by DNA fingerprinting and conventional epidemiological methods. *N Engl J Med* 1994;330:1710-16.
- Cabriada V, Villate JI, Cara C. Tuberculina 5 UT-PPD RT-23. ¿Se usa correctamente? *Med Clin (Barc)* 2000;114:119.
- Grupo de trabajo sobre tuberculosis. Ministerio de Sanidad y Consumo. Conferencia nacional para el control de la tuberculosis en España. *Med Clin (Barc)* 1992;98:24-31.
- De March P. Choosing an appropriate criterion for true or false conversion in serial tuberculin testing. *Am Rev Respir Dis* 1990;141:815-20.
- Grupo de Estudio de contactos de la Unidad de Investigación en Tuberculosis de Barcelona (UITB). Documento de consenso sobre estudio de contactos en los pacientes tuberculosos. *Med Clin (Barc)* 1999;112:151-6.
- Caminero J. ¿Es la quimioprofilaxis una buena estrategia para el control de la tuberculosis? *Med Clin (Barc)* 2001;116:223-9.
- Joint Tuberculosis Committee of the British Thoracic Society. Control and prevention of tuberculosis in the United Kingdom: Code of Practice 2000. *Thorax* 2000;55:887-901.
- Grupo de Trabajo TIR. Quimioprofilaxis antituberculosa. Recomendaciones SEPAR. *Arch Bronconeumol* 1992;28:270-8.



Sr. Editor: La conducta a seguir en la tuberculosis latente es un tema en el que existen aspectos discutibles y debatidos, con posiciones distintas ante situaciones en las que no se dispone de evidencia científica sólida. Por ello no nos sorprenden algunas de las observaciones que se nos plantean tras la publicación de nuestro artículo de revisión «Evaluación y tratamiento de la tuberculosis latente en el adulto». Es cierto que existen poblaciones en las que la transmisión reciente de la infección tuberculosa constituye hasta el 40% de los casos de tuberculosis activa¹. Como los autores de los trabajos referenciados^{1,2} en esta primera observación reconocen y, como se especifica en sus respectivos títulos, se trata de estudios realizados en dos barrios concretos, de dos ciudades distintas de EE.UU., San Francisco y Nueva York (barrio del Bronx), respectivamente. En nuestro artículo de revisión hemos considerado más relevantes los datos de la mayoría de los estudios epidemiológicos hasta ahora llevados a cabo que los datos de los estudios mencionados, los cuales tienen una gran validez metodológica y un gran impacto, pero se refieren a poblaciones muy reducidas, muy concretas, urbanas y con un nivel socioeconómico y sanitario distinto del de la mayoría de la población de los países desarrollados, a los que se refiere nuestro artículo de revisión. En cualquier caso, el lector debe tener claro que, considerando globalmente la población de los países desarrollados, la evidencia actual respalda que la mayoría de los casos de infección de tuberculosis activa se produce por reactivación de bacilos latentes, acantonados tras la primo infección.

No hemos pretendido describir exhaustivamente la técnica de la prueba de Mantoux en aras de una menor extensión, y dado que tiene una

importancia no fundamental para el clínico. Nos parece acertada la observación de que la dosificación correcta de tuberculina es de 2 UT de PPD RT-23 o de 5 UT de PPD CT-68.

Esta observación es aclaratoria de una frase que se fragmenta en deterioro de su capacidad para transmitir el mensaje que nuestro artículo de revisión pretendía ofrecer. La frase a la que se alude en esta tercera observación reza textualmente: «La intradermoreacción tuberculínica permite identificar a personas con elevado riesgo de padecer infección tuberculosa activa, las cuales pertenecen a dos grandes grupos: sujetos recientemente infectados por *Mycobacterium tuberculosis* y personas con circunstancias que les predisponen a la reactivación de su TBC latente». Creemos que en dicha frase no se transmite un mensaje conceptualmente erróneo o confuso de lo que es la infección tuberculosa latente y la infección tuberculosa activa. Entendemos que la observación contribuye a aclarar ambos conceptos, caso de que el lector los entendiera confusos.

La definición de infección reciente que realizamos en nuestro artículo de revisión «... definida como un incremento de la induración igual o mayor de 10 mm en la prueba tuberculínica intradérmica (Mantoux), en un período de tiempo de hasta 2 años, independientemente de la edad» puede no ser exhaustiva o completa, pero es absolutamente correcta. Entendemos que los datos de la bibliografía no llegan a poseer la solidez necesaria para establecer indicaciones definitivas y sólidas de tratamiento de la tuberculosis latente en personas vacunadas en virtud de la induración en la prueba de Mantoux y del estado de bacilífero o no del caso índice de tuberculosis activa. Mientras no dispongamos de evidencias definitivas al respecto, y considerando la controversia entre diferentes grupos de expertos en lo referente a la cuarta y sexta observaciones, creemos que las recomendaciones del comité conjunto de la American Thoracic Society, Centers for Disease Control, Infectious Disease Society of America y, American Association of Physicians³ sobre el abordaje clínico de la tuberculosis latente en los individuos vacunados con BCG son más simples y fáciles de aplicar en la práctica diaria. El abordaje clínico de la tuberculosis latente en sujetos vacunados con BCG es uno de los aspectos abiertos a la discusión para el que, como indicamos, existen recomendaciones no concordantes⁴.

En función de la sensibilidad y especificidad de la prueba de Mantoux, y de la prevalencia de tuberculosis en distintos grupos de riesgo, se recomienda utilizar tres puntos de corte para considerar positiva la induración en la prueba de Mantoux: igual o mayor a 5 mm, igual o mayor a 10 mm, e igual o mayor a 15 mm³. Éste es el mensaje que pretendemos transmitir en nuestra revisión, y éstos son los puntos de corte de positividad de la prueba de Mantoux en los tres grupos de riesgo establecidos en dicho artículo.

La séptima observación tiene dos partes. En primer lugar, la recomendación de utilizar rifampicina más pirazinamida se realiza en virtud del ensayo clínico multicéntrico, multinacional, aleatorio y prospectivo realizado por Gordin et al⁵, referenciado en nuestra revisión. Existen dos ensayos aleatorios prospectivos de tratamiento en dosificación intermitente de pirazinamida más rifampicina durante dos o tres meses, respectivamente, en pacientes con coinfección por el VIH^{6,7}. En ninguno de estos estudios la mues-

CARTAS AL EDITOR

tra de pacientes estudiados fue lo suficientemente grande para concluir con certeza que la eficacia de la administración intermitente fuera equivalente a la dosificación diaria. Ambos estudios comparaban además piracinamida más rifampicina en administración bisemanal con isoniácida diaria durante 6 meses. En función de los resultados de estos estudios se ha establecido la recomendación de usar piracinamida más rifampicina en administración bisemanal directamente observada, cuando no se pueda utilizar otro régimen alternativo⁸. Sin embargo, se trata de una recomendación con baja evidencia científica.

En segundo lugar, en nuestra revisión afirmamos correctamente que la pauta de tratamiento de la tuberculosis latente con rifampicina más isoniácida durante dos o tres meses no está ampliamente estudiada en pacientes sin coinfección por el VIH. Este régimen se recomienda en nuestro artículo fundamentalmente de acuerdo con estudios previos en sujetos coinfectados por el VIH^{9,10}, en quienes sí disponemos de evidencias de eficacia.

Agradecemos las observaciones que se nos han planteado. Deseamos que tanto dichas observaciones como nuestras respuestas y aclaraciones hayan contribuido a deshacer posibles confusiones a la hora de tomar decisiones diagnósticas o terapéuticas.

Francisco Gómez Rodríguez,
José A. Bernal Bermúdez
y Antonio García Egido

Servicio de Medicina Interna.
Hospital Universitario Puerto Real. Servicio Andaluz de Salud.
Departamento de Medicina. Universidad de Cádiz.

- Small P, Hopewell P, Shing S, Paz A, Parsonnet J, Ruston D, et al. The epidemiology of tuberculosis in San Francisco. A population-based study using conventional and molecular methods. *N Engl J Med* 1994;330:1703-9.
- Alland D, Kalkut G, Moss A, McAdam R, Hahn J, Bosworth W, et al. Transmission of tuberculosis in New York City. An analysis by DNA fingerprinting and conventional epidemiological methods. *N Engl J Med* 1994;330:1710-6.
- Joint Statement of the American Thoracic Society, the Centers for Disease Control and the Council of the Infectious Disease Society of America. Targeted tuberculin testing and treatment of latent tuberculosis infection. *MMWR* 2000;49:1-51.
- Centers for Disease Control and Prevention. The role of BCG vaccine in the prevention and control of tuberculosis in the United States: a joint statement by the Advisory Council for the Elimination of Tuberculosis and the Advisory Committee on Immunization Practices. *MMWR* 1996;45:8-9.
- Gordin FM, Chaison RE, Matts JP, Miller C, De Lourdes García M, Hafner R, et al. An international, randomized trial of rifampin and pyrazinamide versus isoniazid for prevention of tuberculosis in HIV-infected persons. *JAMA* 2000;283:1445-50.
- Mwanga A, Hosp P, Godfrey-Faussett P, Quigley M, Mwaba P, Mugala BN, et al. Twice weekly tuberculosis preventive therapy in HIV infection in Zambia. *AIDS* 1998;12:2447-57.
- Halsey NA, Coberly JS, Desormeaux J, Losikoff P, Atkinson J, Moulton LH, et al. Rifampin and pyrazinamide versus isoniazid for prevention of tuberculosis in HIV-infected persons: an international randomized trial. *Lancet* 1998;351:786-92.
- Migliori GB, Raviglione MC, Schaberg T, Davies PD, Zellweger JP, Grzemska M, et al. Tuberculosis management in Europe. Task Force of the European Respiratory Society (ERS), the World Health Organization (WHO) and the International Union against Tuberculosis and Lung Disease (IUATLD) Europe Region. *Eur Resp J* 1999;14:978-92.

- Maier D. The internationally recommended tuberculosis control strategy. *World Health Organization. Trop Doct* 1999;29:185-16.
- Martínez Alfaro M, Cuadra F, Solera J, Macía MA, Geijo P, Sánchez Martínez PA, et al. Evaluación de dos regímenes de quimioprofilaxis tuberculosa en pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana. Grupo GECMEI. *Med Clin (Barc)* 2000;115:161-5.



Seudodemencia depresiva

Sr. Editor: Recientemente Barjau et al¹ han defendido en *MEDICINA CLÍNICA* la vigencia y utilidad del término «seudodemencia depresiva» apoyándose, fundamentalmente, en su carácter descriptivo, al referirse a un trastorno depresivo que remeda una demencia pero no lo es y por especificar que estamos ante un cuadro tratable, reversible y no progresivo.

Los trastornos depresivos presentan, entre otros, síntomas y alteraciones cognitivas que no son ficticias ni simuladas, sino reales; en ocasiones, en especial pero no exclusivamente en edades avanzadas, estas alteraciones dominan el cuadro por su intensidad o preeminencia, destacando sobre los otros síntomas; si estos trastornos son de la suficiente intensidad como para producir un menoscabo funcional, estaríamos en presencia de una verdadera demencia secundaria a la depresión, no de una seudodemencia.

Por otro lado, su segundo argumento es poco menos que perverso por asumir implícitamente que las demencias en general, a diferencia de la seudodemencia depresiva, son intratables, irreversibles y progresivas. Todas las demencias son tratables, la mayoría mejorables, algunas no progresivas y unas pocas curables o reversibles; entre estas últimas se encuentra la demencia depresiva. Se añade además la circunstancia de que en algunas ocasiones, como lo autores muy bien reconocen, los trastornos cognitivos secundarios a la depresión o la demencia depresiva no responden al tratamiento y tienen un carácter progresivo, contraviniendo su argumento.

Nadie discute que las alteraciones del sueño asociadas a los trastornos depresivos son reales y responden y mejoran e incluso revierten con el tratamiento adecuado del trastorno de base; pero a nadie se le ocurriría hablar de seudoalteraciones del sueño depresivas. No son explicables, pues, el éxito y la difusión que alcanzó el término «seudodemencia depresiva»; no obstante, su arraigo en la bibliografía médica o en la práctica clínica, por profundo que sea, no es una razón que justifique la continuación de su uso.

El término «seudodemencia depresiva», lejos de estar vigente y ser útil, resulta confuso, desacertado e innecesario, por lo que sería recomendable su abandono².

Cristóbal Carnero Pardo

Sección de Neurología. Hospital Torrecárdenas. Almería.

- Barjau Romero JM, Guerra-Pardo D, Vega Piñero M. Seudodemencia depresiva: implicaciones clínicoterapéuticas. *Med Clin (Barc)* 2001;117:703-8.
- Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y Demencias (Sociedad Española de Neurología). Guías en demencia: conceptos, criterios y recomendaciones para el estudio del paciente con demencia. Barcelona: Masson, 2000.

Sr. Editor: En respuesta a la carta remitida por Carnero en la que hace patente su disconformidad sobre la vigencia actual del término «seudodemencia», queremos manifestar lo siguiente:

Reconocemos que, para muchos autores, incluyendo al remitente de la misma, el término «seudodemencia depresiva» está obsoleto y debería desaparecer de la bibliografía médica. Nosotros opinamos justamente lo contrario porque de alguna manera diferenciada debemos distinguir y definir aquellos trastornos que, siendo de etiología afectiva, se manifiestan clínicamente como un cuadro de demencia. El hecho de que muchos de estos pacientes en ocasiones desarrollen un cuadro de demencia en el futuro sigue haciendo necesaria una diferenciación, puesto que es evidente la importancia de tener presente tal posibilidad en el momento en que nos enfrentamos al diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes, y porque en realidad se trata de una alteración del ánimo que responderá al tratamiento antidepresivo.

Plantear la hipótesis de que muchos de dichos pacientes diagnosticados inicialmente de seudodemencia depresiva van a desarrollar, en su evolución, una demencia, podría hacernos suponer que esta sintomatología afectiva pudiera reflejar de forma temprana un estado de predemencia. En cualquier caso, seguiríamos necesitando un término adecuado para denominar un cuadro que no es una depresión característica, y tampoco una demencia, aunque se presente como tal.

El autor de la carta, al referirse a las alteraciones cognitivas que se presentan en los trastornos afectivos, afirma: «si estos trastornos son de suficiente intensidad como para producir un menoscabo funcional, estaríamos en presencia de una verdadera demencia secundaria a la depresión, no de una seudodemencia». A este respecto queremos realizar dos puntualizaciones:

1. No deben confundirse las alteraciones cognitivas de los trastornos afectivos, que pueden ocasionar menoscabo funcional cuando se suman al trastorno de base, con una entidad como la demencia (degenerativa o no).

2. Denominar «demencia secundaria a la depresión» a esta situación tan frecuente en la práctica clínica nos parece exagerado. Puesto que también puede observarse en los pacientes depresivos de cualquier edad, imaginemos lo que supondría diagnosticar de demencia depresiva a un joven con disfunción cognitiva secundaria a su depresión.

Afortunadamente no todos los casos de seudodemencia evolucionan en un seguimiento ulterior a demencia. Ojalá tuviéramos todas las respuestas a estas incógnitas a fin de determinar qué pacientes a los que en la actualidad se diagnostica de seudodemencia evolucionarán a demencia y cuáles no. Por desgracia, incluso hoy día el diagnóstico de demencia tipo Alzheimer y el de depresión siguen siendo fundamentalmente clínicos. Existen evidentemente muchas demencias de etiología conocida, muchas de ellas reversibles, y otras en las que el tratamiento es puramente sintomático, pero todas ellas permiten cierta intervención terapéutica, como señala el autor. Nada más lejos