2025 [citado 1 sep 2026]. Disponible en: https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/c50271a9-05ab-4fe5-be18-a11f3d866369/content

4. Ruhwald M, Aggerbeck H, Vázquez Gallardo R, Hoff ST, Villate JI, Borregaard B, *et al.*; TESEC Working Group. Safety and efficacy of the C-Tb skin test to diagnose Mycobacterium tuberculosis infection, compared with an interferon γ release assay and the tuberculin skin test: a phase 3, double-blind, randomised, controlled trial. *Lancet Respir Med* [Internet]. 2017 [citado 1 sep 2026];5(4):259-268. Disponible en: https://www.thelancet.com/journals/lanres/article/PIIS2213-2600(16)30436-2/abstract

5. Xunta de Galicia, Consellería de Sanidade. Programa Galego de Prevención e Control da Tuberculose [Internet]. Santiago de Compostela: Dirección Xeral de Saúde Pública; 2026 [citado 1 sep 2026]. Disponible en: https://www.sergas.gal/Saude-publica/Programa-Galego-de-Prevenci%C3%B3n-e-Control-da-Tuberculose

El desarrollo de resistencias en la tuberculosis: a propósito de un caso complejo

Nuria Bes

Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències. Girona.

Correspondencia:
Nuria Bes
E-mail: nuria.besm@gencat.cat

Enf Emerg 2026;25(3):191-192
doi: 10.18176/enfemerg.0061

Introducción

La tuberculosis resistente constituye un reto clínico y de salud pública. La vulnerabilidad social y la movilidad territorial pueden dificultar la continuidad y la adherencia al tratamiento y, en consecuencia, favorecer la aparición de resistencias. Presentamos un caso de tuberculosis pulmonar que evolucionó progresivamente de sensible a extremadamente resistente (TB-XDR) y requirió una intervención multidisciplinar sostenida durante más de tres años.

Descripción del caso

Varón joven residente en Cataluña, con trastorno por consumo de sustancias y tratamiento sustitutivo con metadona, diagnosticado en septiembre de 2022 de tuberculosis pulmonar bacilífera y cavitada. Inicialmente no se detectaron resistencias y se inició tratamiento de primera línea. La situación social, las interrupciones terapéuticas, las recaídas en el consumo, los desplazamientos territoriales entre comunidades autónomas y las dificultades de seguimiento comprometieron la adherencia al tratamiento y el control de la transmisión.

Evolución e intervenciones

En el contexto de interrupciones del tratamiento inicial, en marzo de 2023 se reinició el tratamiento. En agosto del mismo año se tuvo conocimiento de la resistencia a isoniazida. Posteriormente, el patrón evolucionó a tuberculosis polirresistente en octubre de 2023, con resistencia a isoniazida y estreptomicina, y a tuberculosis multirresistente en mayo de 2024, con resistencia adicional a rifampicina y etionamida. Los resultados microbiológicos obligaron a modificar sucesivamente las pautas terapéuticas e incorporar fármacos de segunda línea. En abril de 2025 se documentó tuberculosis pre-XDR y, finalmente, tuberculosis XDR, con resistencia a rifampicina e isoniazida, fluoroquinolonas y bedaquilina.

Ante el fracaso del manejo ambulatorio, el riesgo de abandono y la persistencia de positividad microbiológica, se efectuó un ingreso especializado entre marzo y diciembre de 2025. La respuesta exigió una coordinación continuada entre el hospital, la atención primaria, epidemiología de salud pública, los laboratorios, los servicios clínicos especializados, el centro de atención a las drogodependencias, los agentes comunitarios de salud y la familia. Esta red permitió integrar el tratamiento farmacológico, el apoyo social, el seguimiento intensivo y las medidas de control del riesgo. El tratamiento finalizó el 11 de diciembre de 2025, con baciloscopia y cultivo negativos y un resultado final de curación (Tabla 1).

Estudio de contactos

La progresión hacia una tuberculosis extensamente resistente (XDR-TB) generó una especial preocupación por el riesgo de transmisión a terceras personas, especialmente entre los convivientes que habían mantenido un contacto estrecho con

Tabla 1. Evolución de las resistencias y resultado clínico.

Fecha	Resultado principal	Clasificación	Actuación o resultado
Septiembre de 2022	Sin resistencias	TB sensible	Tratamiento de primera línea
Marzo de 2023	Esputo positivo, sin resistencias	TB sensible	Reinicio del tratamiento
Agosto de 2023	Resistencia a la isoniazida	TB monorresistente	Adaptación terapéutica
Octubre de 2023	Resistencia a la isoniazida y la estreptomicina	TB polirresistente	Seguimiento del tratamiento
Mayo de 2024	Resistencia añadida a la rifampicina y la etionamida	TB multirresistente	Fármacos de segunda línea
Abril de 2025	Resistencia a las fluoroquinolonas y, posteriormente, a la bedaquilina	Pre-XDR → TB-XDR	Ingreso y tratamiento individualizado
Diciembre de 2025	Baciloscopia y cultivo negativos	Curación	Finalización del tratamiento

el caso durante el periodo en que ya presentaba este patrón de resistencias. Los contactos convivientes han resultado infectados, pero, hasta el momento, no han desarrollado enfermedad activa. Además, la imposibilidad de identificar contactos sociales del paciente obligó a mantener una revisión permanente de las secuenciaciones de las cepas de *M. tuberculosis* diagnosticadas en Cataluña, con el objetivo de detectar precozmente posibles casos secundarios vinculados a esta cadena de transmisión.

Conclusiones

La adherencia inadecuada y las interrupciones del tratamiento pueden favorecer la selección y amplificación de resistencias, especialmente en contextos de vulnerabilidad social y dificultades de seguimiento. La identificación precoz de los patrones de resistencia y la rápida adaptación del tratamiento son esenciales para evitar la progresión de las resistencias y mejorar el pronóstico. En los casos complejos, es fundamental una estrecha coordinación entre los servicios sanitarios, salud pública y los servicios sociales, con circuitos ágiles que permitan garantizar la continuidad del tratamiento y el seguimiento de los contactos. El ingreso especializado puede ser decisivo cuando el tratamiento ambulatorio resulta insuficiente. Este caso pone de manifiesto que el desarrollo de resistencias es un fenómeno dinámico que requiere una respuesta clínica y de salud pública sostenida y coordinada.

Abordaje interdisciplinar e interinstitucional de un brote familiar de tuberculosis y sarna en un contexto de alta vulnerabilidad social

Isabel Marcos[1], Ingrid Avellanés[1], Laura Rivera[2], Nuria Saborit[3], Joan Pau Millet[1], Cristina Rius[1], Maria Romeu[4]

[1]Servei d'Epidemiologia. Agència de Salut Pública de Barcelona. Barcelona. [2]ETODA. Serveis Clínics. Barcelona. [3]Unidad de TB. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. [4]Servei de Vigilància Epidemiològica i Resposta a Emergències de Salut Pública.

Correspondencia:
Isabel Marcos
E-mail: mimarcos@aspb.cat

Enf Emerg 2026;26(3):192-193
doi: 10.18176/enfemerg.0062

Introducción

El abordaje interdisciplinar e interinstitucional de los brotes es fundamental para establecer las medidas de control adecuadas.

El objetivo es exponer el abordaje desde Salud Pública de las dificultades asistenciales, sociales y de coordinación territorial derivadas del seguimiento de un brote familiar complejo de tuberculosis (TB) y sarna en una familia con movilidad entre diferentes dispositivos residenciales y sanitarios.