

– Resultado no influenciado por la edad, el consumo de drogas, la positividad frente al VIH.

– Enorme ahorro de pruebas diagnósticas, fundamentalmente de estudios radiológicos, derivadas de la positividad de la intradermoreacción.
– Precio razonable.

Experiencia con el nuevo test intradérmico en el programa de tuberculosis de Galicia

Elena Cruz Ferro

En nombre de la Dirección General de Salud Pública y de las Unidades de Tuberculosis de Galicia.

Correspondencia:

Elena Cruz Ferro

E-mail: elena.cruz.ferro@sergas.es

Enf Emerg 2026;25(3):189-191
doi: 10.18176/enfemerg.0060

Introducción

La prueba de la tuberculina clásica (PT) adolece de una falta de especificidad en poblaciones vacunadas con el bacilo de Calmette-Guérin (BCG) o expuestas a micobacterias ambientales, mientras que el nuevo test intradérmico (SIILTIBCY), basado en los antígenos específicos *ESAT-6* y *CFP-10*, está diseñado para reducir estas reacciones cruzadas¹⁻⁴.

El Programa de Tuberculosis de Galicia⁵ incorporó SIILTIBCY el 15 de junio de 2026, sustituyendo desde entonces a la PT clásica.

El objetivo de esta comunicación es: 1) describir la experiencia inicial con este nuevo test; 2) comparar sus resultados con los obtenidos en la era previa (PT), con especial atención al antecedente vacunal, y 3) analizar la concordancia observada con el IGRA.

Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los resultados de los estudios de infección tuberculosa registrados en el Programa de Tuberculosis de Galicia entre el 1 de enero y el 31 de agosto de 2026, diferenciando dos poblaciones: contactos y cribados, y dos fases epidemiológicas: era PT y era SIILTIBCY, con fecha de corte el 15 de junio de 2026.

Se registraron el antecedente de BCG (BCG+: sí; BCG-/NC: no o no consta), la solicitud/resultado de IGRA y la concordancia observada entre la prueba cutánea y el IGRA en los pares válidos.

Análisis: test exacto de Fisher, Odds Ratios (OR) e intervalos de confianza del 95% (IC95%), con un umbral de significación de $p < 0,05$. Al tratarse de periodos y poblaciones no apareados, los análisis inferenciales fueron exploratorios.

Resultados

Se analizaron 2.267 contactos (367 con SIILTIBCY) y 3.485 cribados (833 con SIILTIBCY); los datos de explotación clínica y sus frecuencias relativas se resumen en la Tabla 1. La solicitud de IGRA fue menor en la era SIILTIBCY que en la era PT en los contactos (23,2% vs. 35,4%; diferencia -12,2 puntos porcentuales; $p < 0,001$), mientras que en los cribados no mostró diferencias globales (87,5% vs. 85,4%; diferencia +2,1 puntos porcentuales; $p = 0,124$).

Impacto del antecedente vacunal por BCG

En contactos, la positividad de la PT fue significativamente mayor en el grupo BCG+ que en BCG-/NC (45,4% vs. 18,4%; OR 3,67; IC95% 2,43–5,55; $p < 0,001$). Con SIILTIBCY no se observaron diferencias significativas (12,5% vs. 7,5%; OR 1,76; IC95% 0,20–15,74; $p = 0,487$).

En cribados, la positividad de la PT fue del 33,6% en BCG+ frente al 10,5% en BCG-/NC (OR 4,32; IC95% 2,74–6,82; $p < 0,001$). Con SIILTIBCY las tasas de positividad globales disminuyeron en ambos subgrupos, situándose en un 18,5% frente al 4,6% (OR 4,75; IC95% 1,51–14,92; $p = 0,014$).

Concordancia observada con IGRA

En contactos, la concordancia observada con PT fue del 54,1% en BCG+ frente al 69,0% en BCG-/NC (OR 0,53; IC95% 0,21–1,32; $p = 0,245$). Con SIILTIBCY fue del 0% frente al 75,0%; la diferencia no fue significativa ($p = 0,400$), pero solo se dispuso de 1 y 4 pares evaluables, respectivamente.

Tabla 1. Resultados de las pruebas diagnósticas cutáneas (PT y SIILTIBCY) e IGRA en los grupos de estudio de contactos y cribado según estado de vacunación BCG.

Población y variable evaluada	PT			SIILTIBCY		
	BCG+	BCG-/NC	Total	BCG+	BCG-/NC	Total
Contactos	(N=280)	(N=1.620)	(N=1.900)	(N=36)	(N=331)	(N=367)
Prueba cutánea, n (%)	108 (38,6)	949 (58,6)	1.057 (55,6)	8 (22,2)	133 (40,2)	141 (38,4)
Prueba cutánea (+), n (%)	49 (45,4)	175 (18,4)	224 (21,2)	1 (12,5)	10 (7,5)	11 (7,8)
IGRA, n (%)	186 (66,4)	487 (30,1)	673 (35,4)	24 (66,7)	61 (18,4)	85 (23,2)
IGRA (+), n (%)	38 (20,4)	111 (22,8)	149 (22,1)	7 (29,2)	30 (49,2)	37 (43,5)
PT + IGRA, n (%)	37 (13,2)	42 (2,6)	79 (4,2)	—	—	—
PT + IGRA concordantes, n (%)	20 (54,1)	29 (69,0)	49 (62,0)	—	—	—
SIILTIBCY + IGRA, n (%)	—	—	—	1 (2,8)	4 (1,2)	5 (1,4)
SIILTIBCY + IGRA concordantes, n (%)	—	—	—	0 (0,0)	3 (75,0)	3 (60,0)
Cribados	(N = 228)	(N = 2.424)	(N = 2.652)	(N = 100)	(N = 733)	(N = 833)
Prueba cutánea, n (%)	110 (48,2)	781 (32,2)	891 (33,6)	27 (27,0)	241 (32,9)	268 (32,2)
Prueba cutánea (+), n (%)	37 (33,6)	82 (10,5)	119 (13,4)	5 (18,5)	11 (4,6)	16 (6,0)
IGRA, n (%)	205 (89,9)	2.059 (84,9)	2.264 (85,4)	81 (81,0)	648 (88,4)	729 (87,5)
IGRA (+), n (%)	30 (14,6)	431 (20,9)	461 (20,4)	17 (21,0)	179 (27,6)	196 (26,9)
PT + IGRA, n (%)	96 (42,1)	452 (18,6)	548 (20,7)	—	—	—
PT + IGRA concordantes, n (%)	75 (78,1)	406 (89,8)	481 (87,8)	—	—	—
SIILTIBCY + IGRA, n (%)	—	—	—	13 (13,0)	167 (22,8)	180 (21,6)
SIILTIBCY + IGRA concordantes, n (%)	—	—	—	7 (53,8)	163 (97,6)	170 (94,4)

PT: prueba de la tuberculina; BCG: bacilo de Calmette-Guérin; NC: no consta; IGRA: *interferon-gamma release assay*.

Los porcentajes de solicitud de IGRA, positividad y concordancia se calculan sobre el total de la prueba o de los pares evaluables, respectivamente.

En cribados, la concordancia observada con PT fue del 78,1% en BCG+ frente al 89,8% en BCG-/NC (OR 0,40; IC95% 0,23–0,72; $p=0,003$). Con SIILTIBCY fue del 53,8% frente al 97,6%, respectivamente (OR 0,0285; IC95% 0,0066–0,125; $p<0,001$), con solo 13 pares evaluables en el grupo BCG+.

Conclusiones

En esta experiencia inicial, se observó una menor proporción de resultados positivos con SIILTIBCY que con PT, especialmente en personas con antecedente de BCG. La solicitud de IGRA en grandes colectivos de contactos fue también menor en la era SIILTIBCY, lo que podría reflejar un uso más selectivo del IGRA y un posible impacto programático favorable. En los cribados, SIILTIBCY mostró una elevada concordancia observada con IGRA, superior a la registrada con PT. Estos resultados apoyan el potencial de SIILTIBCY para reducir la positividad atribuible a la BCG y mejorar la concordancia con las pruebas IGRA.

Aunque el carácter no apareado de las cohortes y la naturaleza preliminar de los datos obligan a la prudencia, los hallazgos respaldan el valor del nuevo test intradérmico desde una pers-

pectiva de Salud Pública. Será necesario ampliar el seguimiento y analizar los resultados de los estudios pendientes para valorar su impacto clínico y programático, ya que la pregunta no es simplemente si SIILTIBCY funciona, la pregunta de Salud Pública es si podemos utilizarlo para conseguir que más personas en riesgo sean correctamente evaluadas, con menos barreras logísticas y con un uso más eficiente de los recursos. Esa es, probablemente, la medida más importante de su valor para el Programa de Tuberculosis de Galicia.

Bibliografía

1. Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Ficha técnica SIILTIBCY (0,5 microgramos + 0,5 microgramos)/ml solución inyectable [Internet]. Madrid: AEMPS; 2025 [actualizado ene 2025; citado 1 sep 2026]. Disponible en: https://cima.aemps.es/cima/dochtml/ft/1241882001/FT_1241882001.html
2. Agencia Europea de Medicamentos. Siiltibcy (rdESAT-6 y rCFP-10): Información general sobre Siiltibcy y sobre los motivos por los que se autoriza su uso en la UE [Internet]. Ámsterdam: EMA; 2025 [actualizado feb 2025; citado 1 sep 2026]. Report No.: EMA/511381/2024. Disponible en: https://www.ema.europa.eu/es/documents/overview/siiltibcy-epar-medicine-overview_es.pdf
3. World Health Organization. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 3: Diagnosis [Internet]. Geneva: World Health Organization;

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](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;26(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 estreptomina, y a tuberculosis multirresistente en mayo de 2024, con resistencia adicional a rifampicina y etonamida. 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