



Diagnóstico de tuberculosis en el niño

¿Cómo se establece el diagnóstico de tuberculosis (TBC) en el paciente pediátrico?

Debido a la baja probabilidad de confirmación bacteriológica de TBC en el niño, el diagnóstico debe basarse en la tríada:

- Antecedente de contacto con enfermo bacilífero.
- Positividad de la reacción tuberculínica.
- Datos clínicos y radiológicos.

Es de capital importancia privilegiar el hallazgo del foco contagiante, que en el 76% de los casos está representado por un conviviente. De acuerdo con esto, la búsqueda debe estar orientada hacia los convivientes del niño que presenten síntomas de enfermedad respiratoria (tos de 15 días de evolución como mínimo) u otros compatibles con enfermedad tuberculosa (adelgazamiento, fiebre diaria, sudoración, disnea, hemóptisis). Una vez detectado un foco sospechoso, se debe confirmar a través de radiología, baciloscopia y cultivo de esputo. La prueba tuberculínica en adultos de países con alta prevalencia carece de valor, ya que el 50% de los mismos se encuentra infectado.

¿Por qué resulta tan dificultosa la confirmación bacteriológica de la TBC en el paciente pediátrico?

Las lesiones de tuberculosis pulmonar en el niño son cerradas y con escasa población bacilar. Una lesión tuberculosa pulmonar abierta constituye un evento sumamente raro, especialmente en menores de 10 años. Entre los 10 y los 14 años continúa siendo un fenómeno de baja frecuencia excepto en algunas situaciones epidemiológicas de alta prevalencia.

Las estadísticas mundiales muestran que el 95% de los niños tuberculosos de hasta 9 años de edad, presentan baciloscopia negativa, mientras que esto se da

en el 90% en el grupo etario de 10 a 14 años. Por otra parte, el cultivo de material obtenido por lavado gástrico no arroja sino hasta un 30% de muestras positivas. Cabe mencionar dos excepciones: en África, debido a las formas avanzadas de enfermedad, la confirmación bacteriológica alcanza al 72% de los casos; en segundo lugar, en los lactantes, y en razón de la rápida reproducción bacilar, poco controlada por el sistema inmunológico, el rendimiento del cultivo del material de lavado gástrico llega a proporciones de positividad entre 50 y 70%.

¿Cómo interpretar la reacción tuberculínica por PPD en niños vacunados con BCG?

La vacunación con BCG puede inducir una reactividad posterior transitoria a la tuberculina, pero este hecho es mucho menos frecuente de lo que comúnmente se piensa. Numerosos estudios mostraron que entre el 80 y 90% de los niños vacunados con BCG antes del año de vida, resultaban negativos a la PPD aplicada a los cinco años.

La respuesta tuberculínica inducida por BCG es débil, con una induración media de 4,7 mm. Sólo el 12% de los niños presenta una pápula de 10 a 14 mm en los 6 meses posteriores a la administración de BCG, mientras que el 0,5% muestra un tamaño igual o superior a los 15 mm en las mismas condiciones. Estudios realizados sobre enfermos tuberculosos confirmados y sobre contactos de bacilíferos mostraron una induración media de 16,7 mm y la frecuencia modal se presentó en los 18 mm. De acuerdo con esto, toda pápula mayor o igual a 15 mm debe ser atribuida a infección por *M. tuberculosis*.

En síntesis, se puede afirmar que la influencia de la BCG sobre la respuesta a PPD es escasa y transitoria, no observándose después de los seis meses de administrado el agente inmunizante.

Toda reacción tuberculínica debe ser interpretada del mismo modo, tanto en los niños vacunados como en los que no lo estén.

¿Cuál ha sido el impacto de VIH/SIDA sobre la situación epidemiológica de la TBC?

La información disponible permite afirmar que la infección por VIH se ha constituido en el factor más fuertemente asociado al estallido de la enfermedad tuberculosa entre los infectados antiguos o recientes por *M. tuberculosis*.

En los individuos VIH positivos, el riesgo de pasar del estado de infectado a enfermo es 8 a 10 veces superior al que se observa entre los negativos.

El impacto del VIH/SIDA depende de la prevalencia de infección TBC y de la tasa de bacilíferos de una comunidad.

En los países desarrollados, donde la TBC estaba prácticamente erradicada, la epidemia de SIDA produjo un "resurgimiento" de la enfermedad; en tanto que en el mundo subdesarrollado (África, Asia y América Latina) tuvo lugar un "agravamiento" o "estallido" dado que el problema presentaba, ya previamente, una importante magnitud.

Este agravamiento se tradujo en:

- a) Aumento de la mortalidad por TBC.
- b) Desplazamiento de la mortalidad hacia edades más tempranas. Así, en 1989 el 2,2% de las muertes ocurrían entre menores de 30 años, mientras que en 1992 en este grupo se observaron el 45% de los decesos, de los cuales en el 92% se trató de pacientes VIH positivos.

- c) Aumento de la TBC en todas sus formas.
- d) Aumento de la incidencia de TBC en la población adulta joven.

De las infecciones más frecuentes que se presentan en el paciente VIH positivo, es la TBC la única que, por su capacidad contagiosa, se convierte en un problema más de salud pública.

Dra. Graciela Spatz

Centro de Salud y Acción
Comunitaria N°5

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

- Migliori GB, Borghesi A, Rossanigo P et al. Proposal of an improved score method for the diagnosis of pulmonary tuberculosis in childhood in developing countries. *Tuber Lung Dis* 1992; 73:145-9.
- Starke JR, Correa AG. Management of mycobacterial infection and disease in children. *Pediatr Infect Dis* 1995; 14:455-69.
- Styblo K. Epidemiology of Tuberculosis. 2ª Ed. The Hague: Royal Netherlands Tuberculosis Association 1991; 24:1-136.
- Sudre PH, Tem Dam G, Chan C et al. Tuberculosis in the present time. WHO/TUB 1991; 158.
- UICTER. Tuberculosis en los niños. Normas para diagnóstico, prevención y tratamiento. 1991; 66: 65-71.
- Vallejo JG, Ong LT, Starke JR. Clinical features, diagnosis and treatment of tuberculosis in infants. *Pediatric* 1994; 94:1-7.
- Instituto Nacional de Epidemiología "Emilio Coni". Prueba tuberculínica y lesión local posteriores a vacunación BCG en recién nacidos. Santa Fe. Argentina. Boletín N° 17; 1987.
- Jonson H, Lee B. Tuberculin sensitivity and the BCG scar in tuberculosis contacts. *Tuber Lung Dis* 1995; 76:122-5.
- Joncas JH, Robitaille R, Gauthier T. Interpretation of the PPD skin test in BCG-vaccinated children. *Can Med Assoc J* 1975; 113:127-8.
- Styblo K. El impacto de la infección VIH en la epidemiología global de la TBC. *Bol Unión Int Tuberc Enf Respir* 1991; 66(1):97.