

## Descripción del caso presentado en el número anterior: Tuberculosis congénita *Congenital tuberculosis*

Dr. César E. Escamilla Ocañas<sup>a</sup>, Dr. Rodrigo Bolaños Jiménez<sup>b</sup>, Hernán Gerardo Marcos Abdala<sup>a</sup>,  
Dr. Carlos N. del Río<sup>c</sup>, Dr. Héctor R. Martínez Menchaca<sup>a</sup> y Dr. Gerardo Rivera Silva<sup>a</sup>

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2012.174>

Paciente femenino de 3 meses de edad con fiebre desde los 10 días de vida, intermitente, de presentación cada tercer día, no cuantificada, que desapareció a los 2 meses de edad y se reinició una semana después, acompañada de irritabilidad, tos seca, emetizante, no cianozante ni disneizante, con rinorrea hialina y pérdida de peso.

Datos positivos a la exploración física: polipnea, tiraje intercostal, tórax simétrico con amplexión y amplexación aumentadas, hipoventilación generalizada de predominio izquierdo con aumento de vibraciones vocales en región apical izquierda. Finalmente, hepatomegalia a 5 cm por debajo del reborde costal. Se efectuó radiografía de tórax (Figura 1) y tomografía computada abdominal (Figura 2).

Ante la sospecha diagnóstica de tuberculosis congénita, se realizó una prueba de Mantoux con PPD UT, la que resultó positiva (8 mm); y posteriormente una baciloscopia de secreción pulmonar, además de una biopsia hepática en los probables granulomas, para realizar cultivos para micobacterias. En ambas muestras se encontraron bacilos ácido-alcohol-resistentes que fueron identificados como *M. tuberculosis*. La lactante respondió al tratamiento con isoniacida (10 mg/kg/día), rifampicina (10 mg/kg/día) y pirazinamida (25 mg/kg/día) durante los dos primeros meses, que fue el período de tiempo en el cual se estableció el diagnóstico definitivo; la estreptomycin se empleó en las primeras dos semanas (30 mg/kg/día). Se continuó el tratamiento con isoniacida y rifampicina durante 12 meses.

día), rifampicina (10 mg/kg/día) y pirazinamida (25 mg/kg/día) durante los dos primeros meses, que fue el período de tiempo en el cual se estableció el diagnóstico definitivo; la estreptomycin se empleó en las primeras dos semanas (30 mg/kg/día). Se continuó el tratamiento con isoniacida y rifampicina durante 12 meses.

FIGURA 1. Imagen radiológica anteroposterior de tórax donde se observa un infiltrado nodulillar difuso bilateral con patrón miliar.

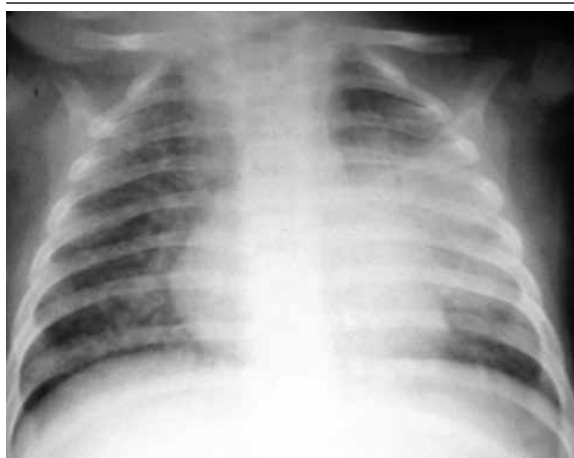
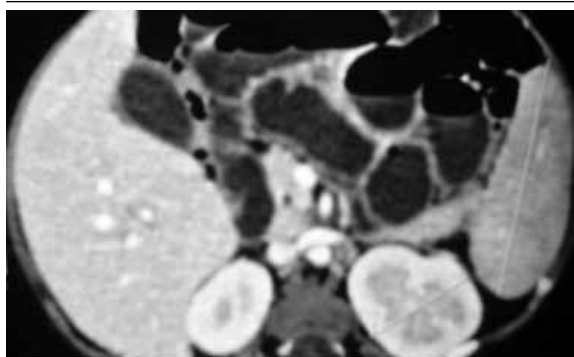


FIGURA 2. Imagen tomográfica abdominal donde se detectan probables lesiones granulomatosas hepáticas.



- División de Ciencias de la salud, Universidad de Monterrey, San Pedro Garza García, N.L.
- Escuela de Medicina, Universidad Panamericana.
- Servicio de Infectología, Hospital Pediátrico de Coyoacán. Ciudad de México, D.F., México.

Correspondencia:  
Dr. César E. Escamilla Ocañas:  
[cesar.eo@hotmail.com](mailto:cesar.eo@hotmail.com)

Conflicto de intereses: Ninguno que declarar.

Recibido: 26-7-2011  
Aceptado: 28-10-2011

### Tuberculosis congénita

La tuberculosis congénita es una presentación rara y grave de la tuberculosis; su frecuencia no está bien definida, lo que la convierte en una variante de presentación clínica de difícil diagnóstico. Para 1997 existían alrededor de 300 casos comunicados.<sup>1,2</sup> La bacilemia por tuberculosis ocurre durante el embarazo y la transmisión al feto puede ser por vía hematogena, a través de la placenta, ingestión de líquido amniótico infectado con bacilos o de una infección genital. Se considera que por la diseminación sanguínea se facilita la localización del complejo primario en el hígado o en el pulmón, pero existen casos donde no se puede identificar el complejo primario.<sup>3</sup>

El cuadro clínico de la tuberculosis congénita se caracteriza por síndrome febril sin foco evidente, acompañado con hepatoesplenomegalia, adenopatías, dificultad respiratoria, distensión abdominal, letargia e irritabilidad.<sup>3</sup> Como tiene una presentación clínica muy inespecífica es muy similar a la producida por la sepsis bacteriana y las infecciones congénitas del tipo toxoplasmosis, citomegalovirus, rubéola, herpes, virus de la inmunodeficiencia humana (TORCH). Esta enfermedad se debe sospechar cuando el niño no mejora con la antibioticoterapia habitual y específica para las otras infecciones mencionadas con antelación; asimismo, el riesgo es mayor si la madre ha tenido o tiene tuberculosis.<sup>3</sup> Sin embargo, es necesario descartar las otras causas de infección congénita y complementar el diagnóstico con las pruebas paraclínicas específicas, sin olvidar la realización del examen de fondo de ojo. El pronóstico depende del diagnóstico y el tratamiento oportunos, ya que pueden presentarse complicaciones graves, como prematuridad, insuficiencia respiratoria, tuberculosis miliar y meningitis.<sup>3</sup>

El diagnóstico se efectúa cuando existen lesiones tuberculosas y una o más de las siguientes condiciones: complejo primario hepático con granulomas caseosos, lesión en la primera semana de vida, infección tuberculosa en la placenta o en el tracto genital materno y la exclusión de exposición postnatal mediante la separación del recién nacido de la madre o de otras fuentes de infección. El diagnóstico temprano de la tuberculosis congénita es difícil debido a la falta de síntomas

maternos antes del parto o a una evaluación inadecuada de la historia clínica. Se debe sospechar si la madre presenta tos persistente o ha padecido neumonía inexplicada, derrame pleural, meningitis, endometritis, además de investigarse el contacto intrafamiliar de la tuberculosis.<sup>3</sup>

La confirmación mediante biopsia de un complejo hepático con granulomas caseosos, brinda la prueba necesaria para diferenciar una tuberculosis postnatal de una tuberculosis congénita, como se presenta en este caso, además de la edad de presentación y la falta de respuesta al tratamiento antibiótico empírico inicial.<sup>4</sup> El tratamiento de la tuberculosis congénita debe instaurarse inmediatamente ante la sospecha de este cuadro. Consiste en la administración de isoniacida, pirazinamida, rifampicina y estreptomycin durante un período de 2 meses. Corroborada la enfermedad se continuará con isoniacida y rifampicina durante 12 meses. Se deben estudiar todas las personas adultas del núcleo familiar con sintomatología respiratoria y, de ser posible, todos los convivientes aunque sean asintomáticos, para la detección y el tratamiento profiláctico oportuno con isoniacida.<sup>5</sup>

En la actualidad, la tuberculosis ha resurgido pues se asocia con enfermedades que tienen como componente el compromiso inmunológico, como el síndrome de inmunodeficiencia humana. Además, sigue siendo una de las principales causas de morbilidad en nuestro continente por la condiciones de marginación y pobreza. La tuberculosis congénita debe ser considerada en todo recién nacido con fiebre, hepatoesplenomegalia y deterioro de su condición física, en quien no se puedan corroborar otras causas de infección. ■

### BIBLIOGRAFÍA

1. Omerod P. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. *Thorax* 2001;56(6):494-9.
2. Pillet P, Grill J, Rakotonirina G, Holvoet-Vermaut L, et al. Congenital tuberculosis: Difficulties of early diagnosis. *Arch Pediatr* 1999;6(6):635-9.
3. Powell DA, Hunt WG. Tuberculosis in children: an update. *Adv Pediatr* 2006;53:279-322.
4. Cantwell MF, Shehab ZM, Costello AM, Sands L, et al. Congenital tuberculosis. *N Eng J Med* 1994;330(15):1051-4.
5. 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.

## Presentación del nuevo caso clínico

En el próximo número se publicará el diagnóstico, manejo y tratamiento de este caso.

Paciente de sexo femenino, de 3 años de edad, nacida en medio rural de Bolivia.

Antecedentes: neumonía a los 2 meses de vida (por referencia materna) e internación por neumonía derecha e hipoxemia 45 días atrás, por lo que recibió tratamiento antibiótico con ampicilina.

Motivo de consulta: tos y fiebre de una semana de evolución.

Examen físico: afebril, buen estado general, buena mecánica ventilatoria, SatO<sub>2</sub> 98%, hipoventilación en campo medio y base derechos. Se realiza radiografía de tórax que revela una imagen redondeada con nivel hidroaéreo (*Figura 1*). Se decide nueva internación.

En la tomografía computada de tórax con contraste endovenoso se halló una imagen quística con contenido líquido, cubierto por una semiluna de aire que se moviliza con el cambio de decúbito, sin comunicación con la gran vía aérea; existe colapso pasivo del parénquima pulmonar adyacente y ausencia de vasos anómalos, con acúmulos de ganglios mediastínicos (*Figura 2*). Ecografía abdominopelviana normal. Hemaglutinación indirecta para hidatidosis negativa.

### ¿Cuál es su diagnóstico?

- Quiste broncogénico
- Hidatidosis pulmonar
- Malformación congénita pulmonar
- Aspergilosis
- Absceso/Empiema

Para poder votar ingrese a:  
<http://www.sap.org.ar/archivos>

FIGURA 1.



FIGURA 2.

