

Cartas al Editor

Diagnóstico de tuberculosis en el niño

Sr. Editor:

En referencia al artículo "Diagnóstico de tuberculosis en el niño", publicado en la sección Pregunte a los Expertos [Arch. argent. pediatr 2001; 99(5):385-480], en nombre del Comité Nacional de Neumología, creemos conveniente realizar algunas consideraciones breves, ya que el Consenso sobre Tuberculosis en Pediatría trata ampliamente el tema y será publicado próximamente.

Con el objeto de hallar el foco contagiante, el catastro familiar deberá realizarse a todos los convivientes sintomáticos o asintomáticos. En el adulto sintomático (presencia de tos y expectoración de más de quince días de evolución) la baciloscopia es el método diagnóstico más rápido y económico. El cultivo, único método de confirmación en sentido estricto, se realiza en la práctica cuando la baciloscopia es negativa, cuando se presume resistencia y deba realizarse antibiograma y ante la sospecha de otras micobacteriosis.

En el niño, además de encontrarse con mayor frecuencia lesiones cerradas, los menores de 5 años sólo expectoran en forma excepcional. A partir de esta edad, la posibilidad de recoger esputo va en aumento y es semejante a lo que ocurre en el adulto: será positivo si las lesiones son abiertas. De acuerdo a los datos aportados por el INER "E. Coni", en el año 2000 la confirmación bacteriológica fue del 9% en menores de 5 años, del 11% en niños de 5 a 9 años y del 30% en los de 10 a 14 años.

PPD y BCG

La reacción de Mantoux de 10 mm o

más, realizada con PPD en una persona inmunocompetente, expresa contacto previo con el bacilo de Koch. Actualmente no es posible determinar si la causa es o no la vacuna BCG (haya dejado cicatriz o no). Si se tiene en cuenta que la positividad debida a la vacuna es transitoria y depende de la reactividad de cada individuo, todo niño con PPD 2UT de 10 mm o mayor, esté o no vacunado, debe ser estudiado para descartar enfermedad o infección natural.

Con respecto a la coinfección tuberculosa y por VIH, se conoce actualmente que ésta es la causa más común de pasaje de infectado a enfermo tuberculoso. Un infectado con bacilo de Koch VIH negativo, tiene 10% de posibilidades de pasar de infectado a enfermo durante toda su vida. Esta posibilidad se acelera a 8% por año en el infectado tuberculoso VIH-positivo. En nuestro país, el VIH influyó en el aumento de la morbimortalidad en adultos jóvenes. Es necesario no perder la objetividad: en un país con empobrecimiento acelerado en los últimos años y con baja implementación de tratamiento directamente observado, vemos como consecuencia la alta deserción del tratamiento; por lo tanto, no podemos creer que la única causa de la persistencia de las tasas de morbimortalidad sea la coinfección con VIH.

Dr. Fernando Ferrero

Secretario

Comité Nacional de Neumología

Sociedad Argentina de Pediatría