

## 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 Neumonología, 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 Neumonología

Sociedad Argentina de Pediatría