

Cartas al editor

Linfadenitis por micobacterias en pediatría

Sr. Editor:

Me dirijo a Uds. con relación al estudio **Linfadenitis por micobacterias en pediatría**, publicado en *Arch.argent.pediatr* 2005; 103(1):63-66. En el mismo se presenta el estudio retrospectivo de 29 niños y jóvenes con linfadenopatía por micobacterias. Es a mi juicio un trabajo importante por el número y porque pone de manifiesto que el M tuberculosis fue dentro de las micobacterias el responsable del 86% de los casos. Sólo en 4 niños se aislaron micobacterias ambientales (antes llamadas atípicas) y 17% del total de casos eran inmunocomprometidos, 3 de ellos HIV positivos. Es con respecto a dos párrafos del trabajo en los que se asegura que de los 29 niños estudiados, 20 tenían vacuna BCG adecuada para la edad, que quisiera hacer algunos comentarios. La vacuna BCG protege a los niños, especialmente menores de 5 años, que fueron vacunados al nacer, antes del egreso de la maternidad; esto significa que debe ser aplicada antes del contacto con el microorganismo salvaje para ser efectiva. En la situación de ser aplicada concomitantemente con el contacto cercano de un paciente con baciloscopia positiva, el bacilo salvaje es el que producirá la infección. Además, esta vacuna, que actúa evitando la bacilemia que acompaña a la primoinfección y sus consecuencias, no previene las reinfecciones exógenas. La presencia de cicatriz, sólo expresa que la persona fue vacunada, pero nada dice del momento de la aplicación de la primera dosis (que como se entenderá, es la de mayor valor), pues protege al niño del contagio en su hogar, donde el mismo es 20 a 40 veces mayor que en la población general. En este estudio, el rango de edad de los pacientes fue de 7 a 228 meses (es decir 19 años) y la mediana 101 meses, lo que nos informa que 15 de los niños tienen más de 8 años de edad, por lo cual es probable que tengan 2 dosis de vacuna (2 cicatrices). Lo importante es constatar en el certificado de vacunación que la fecha de la primera dosis no fue posterior a los 7 días de edad. Por otra parte, al decir que 20 de los 29 pacientes estaban vacunados, no se explicita si los 4 que presentaban micobacterias ambientales y los 5 inmunocomprometidos estaban incluidos en esos 20. En los primeros, porque la BCG no protege contra esas micobacterias, y en los segundos porque podría no responder adecuadamente ante una reinfección exógena. Todas estas aclaraciones son para que se valoren en su justa medida las afirmaciones sobre la efectividad de la vacuna BCG, que pueden despresti-

giarla. Hasta que tengamos otra mejor (lo que a pesar de los esfuerzos de los investigadores, no parece cercano) es la única herramienta de protección individual que existe, además de la principal que es el tratamiento de los pacientes contagiantes. *Archivos* es una revista de prestigio que es leída por casi todos los pediatras del país, y también está en las bibliotecas de los establecimientos hospitalarios. De no aclararse los puntos mencionados el pediatra puede interpretar que no vale la pena vacunar con BCG. Vuelvo a repetir que el trabajo me ha parecido de mucho valor y por ello he decidido hacer estas aclaraciones.

Cordialmente,

Dra. Isabel Miceli

Sr. Editor:

Me dirijo a Ud. a fin de contestar la carta enviada por la Dra. Miceli sobre algunos aspectos del trabajo presentado. Ante todo quiero manifestarle mi absoluto acuerdo respecto de las reflexiones realizadas en relación con la vacunas BCG, en base a lo publicado hasta el momento. Este estudio es meramente descriptivo, tratamos de mostrar las variantes epidemiológicas de acuerdo al lugar considerado, con relación a la prevalencia de tuberculosis, donde la BCG fue un elemento más dentro de los parámetros evaluados.

Aclaro las características de los pacientes con el antecedente de haber sido vacunados con la BCG. Diez y siete de 20 eran huéspedes normales y los 3 restantes huéspedes inmunocomprometidos. En cuanto a la tipificación, en el grupo de los 20 inmunizados estaban incluidos 3 de los 4 pacientes con micobacterias ambientales, simplemente por lo descriptivo del trabajo, no pensando en la protección de la vacuna sobre las micobacterias ambientales.

Cabe aclarar que en ningún momento el objetivo de este trabajo fue valorar la eficacia de la vacunación BCG en los pacientes con linfadenitis por micobacterias.

Coincido con Ud., que hasta que aparezca una mejor opción en un país como el nuestro de alta incidencia de tuberculosis, es necesario seguir vacunando.

Cordialmente,

Griselda Berberian