



TBC en el neonato

INTERNO JAVIER CASTILLO

Introducción

Enfermedad producida por
mycobacterium tuberculosis

Entidad infrecuente, difícil diagnóstico
con alta mortalidad

Es importante reconocer la presentación
clínica en el período neonatal.

Debemos conocer el manejo y el
seguimiento

Epidemiología

- ▶ Se encuentra entre las primeras 10 causas de mortalidad en el mundo.
- ▶ 4% de la carga global <15 años.
- ▶ Mortalidad neonatal mundial 50-60%, aún con tratamiento
- ▶ Tasa 46,2 cada 100.000 hbtes en América del Sur
- ▶ Prevalencia en gestantes 10-60 casos por 100.000 hbtes
- ▶ Incidencia 0,4 por mil gestantes en América del Sur
- ▶ En Chile, se estima una incidencia de 20-25 casos/año de TBC en embarazadas

Datos importantes SOCHINF

En la última década, la incidencia de TBC se ha mantenido estacionaria, con un aumento de casos en los últimos 4 años.

En 2017-2018 se registraron las tasas de incidencia más altas.

Este aumento se explica por la resistencia al tratamiento, representando una crisis de salud pública y un desafío al control de la enfermedad

Existe escasa información sobre el perfil de seguridad de los fármacos de segunda línea en embarazadas y neonatos.

En Chile, 2017, se reportaron 40 casos con mono-resistencia a isoniazida, 13 casos con mono-resistencia a rifampicina y 18 casos de TBC multidrogoresistente.

Factores de riesgo maternos

Tabla 1. Factores de riesgo para TBC durante el embarazo

- ✓ Migrantes procedentes de países de alta incidencia
- ✓ Infección por VIH. Contactos con pacientes con TBC BK (+)
- ✓ Abuso de drogas o alcohol
- ✓ Diabetes mellitus
- ✓ Inmunosupresión
- ✓ Uso de corticosteroides
- ✓ Residentes en condiciones de hacinamiento, marginación social, privadas de libertad o situación de calle

Referencias 9 y 21 BK: bacilosopia.

Presentación clínica

- ▶ Irritabilidad (21%)
- ▶ Fiebre (48%)
- ▶ Distrés respiratorio (72%)
- ▶ Hepato-esplenomegalia (76%)
- ▶ Adenopatías (38%)
- ▶ Distensión abdominal (24%)
- ▶ Ictericia
- ▶ Convulsiones

Importante aclarar!

- ▶ Congénita → Adquirida vía transplacentaria o por aspiración de LA
- ▶ Adquirida → vía contacto con paciente BK (+).
- ▶ Temporalidad de presentación similar
- ▶ Criterios de Cantwell → lesión tuberculosa + 1 de los siguientes
 - ▶ Complejo primario hepático o granulomas caseosos hepáticos
 - ▶ Lesión durante la primera semana de vida
 - ▶ Exclusión de exposición postnatal
 - ▶ Infección tuberculosa en la placenta o tracto genital materno

Cuando sospechamos una TBC congénita?

Tabla 5. Situaciones clínicas en las que debe sospecharse una tuberculosis congénita

- ✓ Neumonía con patrón miliar, nodular, intersticial o con empeoramiento clínico progresivo, a pesar de antibioterapia de amplio espectro, especialmente en hijos de madres provenientes de zonas con alta carga de TBC o seropositivas para VIH
- ✓ Hepato-esplenomegalia, lesiones focales hepato-esplénicas, distensión abdominal, adenopatías, o ascitis de etiología no clara
- ✓ Meningitis de predominio linfocitario con hipoglucorraquia e hiperproteíorraquia o signos de focalización neurológica de causa no aclarada, especialmente con parálisis de pares craneales
- ✓ Sepsis con cultivos negativos y evolución desfavorable a pesar de tratamiento antimicrobiano
- ✓ Sintomatología inespecífica prolongada y de causa no aclarada (tos, dificultad respiratoria progresiva, otorrea persistente, ictericia, pausas de apnea, letargia o irritabilidad, mal incremento ponderal), especialmente asociada a febrículas o síndrome febril prolongado, leucocitosis con desviación a izquierda y aumento de reactantes de fase aguda
- ✓ Sintomatología inespecífica en el contexto de una madre con TBC como caso índice

Diagnóstico

Hemograma

PCR y/o VHS

PPD

IGRAS

Pruebas
hepáticas

Pruebas de
coagulación

Hemocultivos

PL

Cultivo de
Koch

VIH

Rx tórax

Eco
abdominal

Patrón miliar



Tratamiento

Isoniazida → bactericida y bacteriostático. 10-15 mg/kg/día (máx 300 mg/día)

- Disponible vía oral o IM
- RAM: Hepatitis, neuritis periférica

Rifampicina → Bactericida. 10-20 mg/kg/día (máx 600 mg/día)

- Disponible vía oral
- RAM: Color anaranjado en fluidos

Pirazinamida → bacteriostático. 30-40 mg/kg/día (máx 2g/día)

- Disponible vía oral
- RAM: hepatotoxicidad y hiperuricemia

Etambutol → Bactericida. 20 mg/kg/día

- Disponible vía oral
- RAM: neuritis óptica

Tratamiento

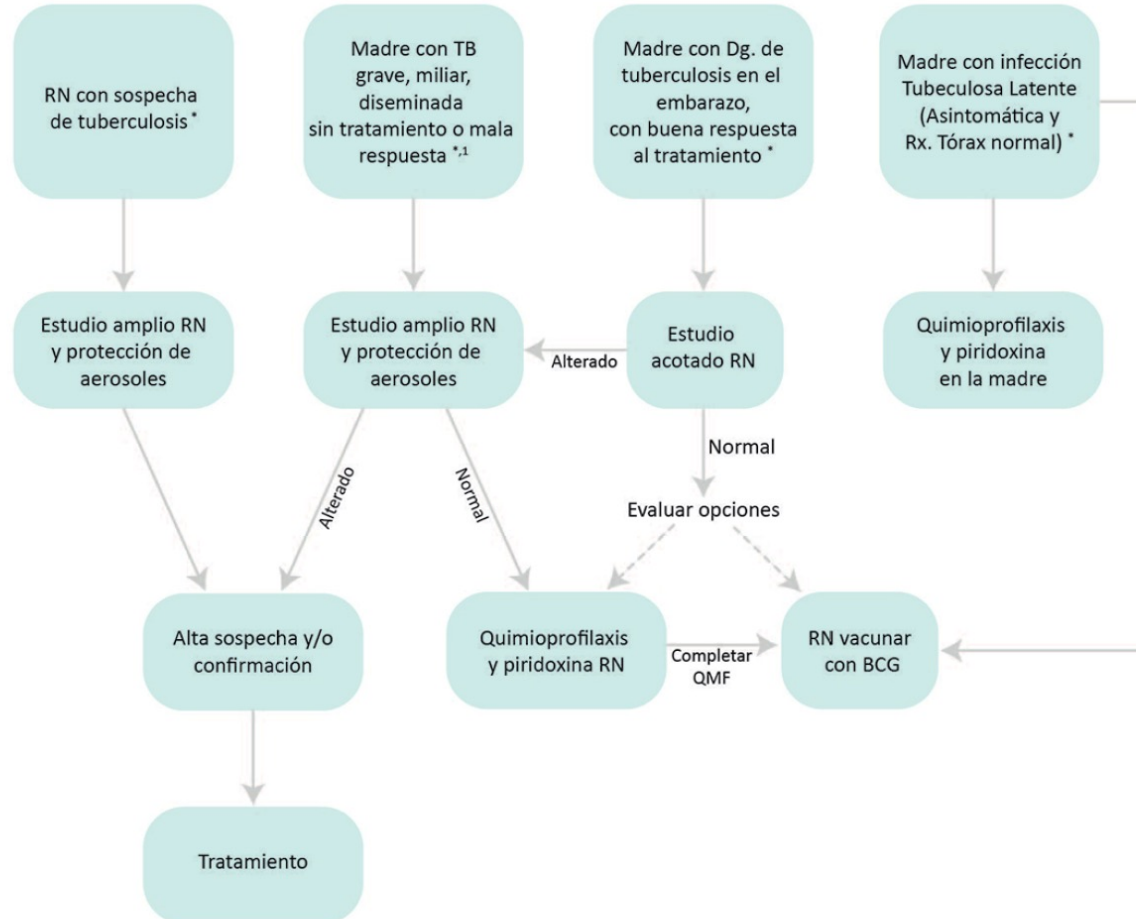
Terapia combinada

No diferencia entre congénita o adquirida

No hay ensayos clínicos sobre el tratamiento

Madre con TBC activa → evaluamos al neonato

- TBC activa → terapia combinada
- PPD (+) sin evidencia clínica de TBC → monoterapia con isoniazida por 9 meses
- Evaluación inicial (-) → isoniazida por 3 meses → PPD →
 - (-) → suspender tratamiento
 - (+) → continuar estudio
 - Positivo → terapia combinada
 - Negativa → Isoniazida por 6 meses y reevaluar



En
resumen...

Recomendaciones

Si la madre muestra clínica de TBC → se recomienda separación hasta que ambos hayan recibido tratamiento apropiado por 2-3 semanas

Fomentar LM en madre asintomática de TBC que está recibiendo tratamiento

Aislamiento de contacto y aéreo

Control mensual para evaluar mejoría clínica y toxicidad de los fármacos una vez que el paciente esté estable

Seguimiento estricto por equipo de infectología pediátrica

Repetir Rx de tórax 1-2 meses posterior al inicio del tratamiento

Visita domiciliaria para asegurar cumplimiento del tratamiento

Vacunación BCG precoz en RN con madre (-) o buena respuesta a tratamiento

Conclusiones

Patología de difícil diagnóstico, por lo que se debe tener un alto grado de sospecha

Debemos agotar todos los medios para lograr un diagnóstico oportuno.

Tratamiento precoz para disminuir la morbimortalidad asociada.

Separar al RN de su madre cuando corresponda, por el menor tiempo posible.

Un enfrentamiento adecuado nos permitirá favorecer el apego, evitar la exposición y cortar la cadena de transmisión

Referencias

- ▶ Shao, Y., Hageman, J. R., & Shulman, S. T. (2021). Congenital and Perinatal Tuberculosis. *NeoReviews*, 22(9), e600-e605.
- ▶ Reyes, A., Hernández, M., Delpiano, L., Izquierdo, G., Cofré, F., Aravena, M., Labraña, Y., & Sandoval, A. (2020). Tuberculosis: un reto en la atención del recién nacido y cómo enfrentarlo. Documento de Actualización. *Revista chilena de infectología*, 37(1), 51–63.



TBC en el neonato

INTERNO JAVIER CASTILLO