

TUBERCULOSIS CONGÉNITA, REPORTE DE CASO

*Farias Vela A. (adrianapfv26@hotmail.com) Daza Leguizamón D. Pulido M. *Aragón-Mendoza R.

*Residentes y **Especialistas Ginecología Hospital Universitario de la Samaritana – Universidad de la Sabana.

INTRODUCCIÓN

La tuberculosis en Colombia tiene incidencia de 27 casos por cada 100.000 habitantes (1), transmisión vertical madre a feto de un 16%. La tuberculosis congénita es una patología rara, de diagnóstico difícil y donde el tratamiento oportuno es vital, se presenta reporte de caso y revisión de la literatura, como referencia para un diagnóstico oportuno con pronósticos favorables.

Reconocer la epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento oportuno de la tuberculosis congénita a través de un reporte de caso.

MATERIALES Y MÉTODOS

Paciente de 30 años, G2P1V1A0, con embarazo de 35 semanas, 15 días de fiebre y sintomatología respiratoria con oligohidramnios, estable, con crépitos y sibilancias audibles en pulmón izquierdo, bienestar fetal por perfl biofísico 8/8 por ILA 5.29 y Doppler normal. Radiografía de tórax con radio opacidades parenquimatosas mixtas hilio basales bilaterales, baciloscopia en esputo positiva para BAAR se diagnostica tuberculosis pulmonar con neumonía bacteriana multilobar, inician ampicilina subcutánea y tetraciclina más piridoxina. Presenta parto espontáneo, recién nacido masculino con APGAR 8-9-10, peso 2760 gr, sin permitir el contacto con la madre se hospitaliza para estudios: tuberculina y hemocultivos negativos, ecografía abdominal normal, PCR para M. tuberculosis en jugo gástrico positivo y radiografía de tórax normal, con diagnóstico de tuberculosis congénita se inicia manejo con tetraciclina. Evolución con dificultad respiratoria con requerimiento de oxígeno por venturi al 24% a 3L/min con descenso progresivo y adecuada evolución, se da egreso con manejo ambulatorio fase I junto a la madre.

Revisión bases de datos: Lilacs, SciELO, PubMed, ScienceDirect, entre Enero 2010 y Enero 2020.

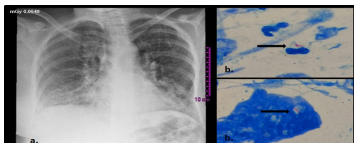


Figura 1: a: radiografía de tórax materna, se observan radiopacidades de ocupación alveolar basales bilaterales. b: baciloscopia de esputo materna (100x) con bacilos ácido alcohol resistente, flechas.

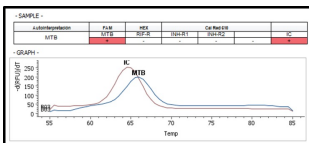


Figura 2: reacción en cadena de la polimerasa positivo para Mycobacterium tuberculosis en jugo gástrico de recién nacido.



Figura 3: tomografía de tórax de recién nacido, sin lesiones en parénquima pulmonar ni pleura, estudio normal para la edad.

RESULTADO – DISCUSIÓN

Se seleccionaron 18 referencias de tuberculosis congénita. El diagnóstico debe considerarse en neonatos hijos de una madre con historia y/o clínica de infección por M. Tuberculosis, las manifestaciones son inespecíficas. Para diferenciar la tuberculosis congénita de la adquirida, la sospecha temprana de la patología es fundamental. Se han descrito los criterios diagnósticos de Walgren y Canwell (3); la PCR en aspirado gástrico tiene mayor sensibilidad y especificidad que los cultivos(4). En la tuberculosis congénita la prueba de tuberculina es positiva en menos del 15-20% de los casos (3,4) el BAAR en los tejidos o fluidos como en baciloscopias gástricas positivas en el neonato indican adquisición transmisional (2). La radiografía de tórax puede ser anormal hasta en un 50%, complementar con tomografía.(5). El tratamiento con tetraciclina es por 2 meses, luego continúa con isoniazida, rifampicina por 4 meses más (2) , seguimiento mensual con hemograma, función hepática,renal y valoración oftalmológica.Si hay favorable evolución clínico-radiológica el seguimiento clínico se debe dar hasta los 2 años (4). La efectividad del tratamiento sigue siendo alta, puesto que la multifarmacoresistencia no es alta en cepas nativas (6).

CONCLUSIÓN

La tuberculosis congénita es una enfermedad rara, el diagnóstico es difícil por los síntomas inespecíficos, se sospecha en un recién nacido hijo de madre con factores de riesgo o diagnóstico de tuberculosis, con deterioro respiratorio que no responde al tratamiento convencional. El diagnóstico y tratamiento temprano da mejores resultados

Palabras Claves

tuberculosis, congénito

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Salud , Informe de evento tuberculosis, periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2019, pp 1-2
2. Desi M. Newberry , DNP, NNP-BC ; Tracey Robertson Bell., Congenital Tuberculosis A New Concern in the Neonatal Intensive Care Unit Advances in Neonatal Care • Vol. 18, No. 5 • pp. 341-349 DOI: 10.1097/ANC.0000000000000555
3. Velat Şen, Hadice Selimoğlu Şen, Fesih Aktar, Ünal Ulucu, Mehmet Fuat Gürkan. Tuberculosis congénita: presentación de un caso infrecuente. Congenital tuberculosis: presentation of a rare cas. Arch Argent Pediatr 2015;113(2):e101-e105 / Presentación de casos clínicos .doi.org/10.5546/aap.2015.e101
4. Baquero-Artigao F, Mellado Peña MJ, del Rosal Rabes T, Noguera Julián A, Goncá Mellgren A, de la Calle Fernández-Miranda M, et al. Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en la embarazada y el recién nacido (I): epidemiología y diagnóstico. Tuberculosis congénita. An Pediatr (Barc). 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.01.004>
5. Gómez JS, Bechara K J, Jamaica B L., Tuberculosis perinatal Servicio de Neumología, Hospital Infantil de México Federico Gómez, México D.F., México Bol Med Hosp Infant Mex. 2015; 72 (1); 61 - 65 <http://dx.doi.org/10.1016.bmhmx.2015.01.009>
6. Mora V, Cala L. Tuberculosis congénita, tras un enemigo oculto. Infectio Asociacion Colombiana de infectologia. Infectio 2016;20(3):172-175.<http://dx.doi.org/10.1016/j.infect.2015.09.003>