

## TUBERCULOSIS CONGÉNITA

N. Pacho\*, J. Echeverría, O. Muga, I. Sota, M. Estévez, L. Borja.

Servicio de Neonatología. Hospital Universitario Donostia.

Nagore Pacho Beristain. C/Indalecio Prieto 5-1B. 20009 Donostia (Gipuzkoa).  
645005353. [nagorepabe@hotmail.com](mailto:nagorepabe@hotmail.com).

La tuberculosis (TBC) congénita es una forma clínica grave y rápidamente progresiva cuyo diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, ya que los síntomas son inespecíficos. Puede ser adquirida por dos vías: diseminación hematógena de *Mycobacterium tuberculosis* por ruptura de algún tubérculo de la placenta a la circulación fetal; o por deglución o aspiración de líquido amniótico o sangre materna infectada, en el útero o durante el paso a través del canal del parto (complejo primario pulmonar o gastrointestinal). Criterios diagnósticos: aislamiento del bacilo en el niño o al menos uno de los siguientes: a) lesiones tuberculosas en la primera semana de vida; b) demostración del complejo primario hepático; c) confirmación de TBC en la placenta o en genitales maternos, y d) exclusión de transmisión posnatal. El pronóstico depende del temprano diagnóstico y tratamiento, ya que conlleva complicaciones graves y alta mortalidad (hasta 50%). No hay guías en el manejo y duración de tratamiento ya que es una enfermedad poco sospechada y habitualmente el diagnóstico se realiza post mortem. Se emplean isoniazida, rifampicina y pirazinamida añadiéndose, en TBC graves, estreptomycinina o etambutol.

Comunicamos el caso de una recién nacida por parto eutócico en semana 35 de gestación de madre ecuatoriana que ingresa por prematuridad con un peso de 1795g. Ante sospecha de infección neonatal se trata inicialmente con ampicilina y gentamicina y posteriormente con imipenem, vancomicina e inmunoglobulinas sin mejoría. Presenta evolución tórpida con parámetros de infección a pesar de antibioterapia y hepatoesplenomegalia importante. Se realizan ecografía y RMN abdominales donde se observan múltiples abscesos hepáticos y esplénicos, por lo que ante negatividad del Mantoux materno, se sospecha de infección fúngica y se inicia tratamiento con anfotericina B sin observarse mejoría. Se retoma la historia materna y se realiza radiografía de tórax apareciendo imagen compatible con TBC con estudio de secreción bronquial positivo para *Bacilo de Koch*. Se extraen muestras a la niña para estudio de *Mycobacterium tuberculosis* en esputo (+), jugo gástrico (+), LCR (-) y hemocultivo (-) y se inicia tratamiento con 4 antituberculosos diarios (isoniazida, rifampizina, pirazinamida y estreptomycinina) con evolución posterior favorable.

Este caso nos enseña que con la reaparición de la TBC, debido principalmente a la inmigración, la frecuencia puede ser mayor de lo que actualmente se considera. Debe sospecharse en pacientes con enfermedad respiratoria y/o sepsis que no responde al tratamiento. Aunque el tratamiento conjugado ha demostrado ser efectivo, las secuelas pueden ser muy graves.

**SOLICITADO..... POSTER**