

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

52

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: Afonso Rodríguez

Nombre: Olga

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: TUBERCULOSIS EN PEDIATRÍA. NUESTRA CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS.

Centro de trabajo: Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

Autores: O. Afonso Rodríguez, E. Colino Gil, A.M. Bello Naranjo, M.P. Bas Suárez, N. Montesdeoca Araujo, J. Poch Páez.

Texto:

OBJETIVOS: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de la tuberculosis en la edad pediátrica en el Área de Salud de Las Palmas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en el que se recogen los casos de infección y enfermedad tuberculosa diagnosticados en el H.U.M.I.C. desde el 1 de Enero de 2005 hasta el 30 de Noviembre de 2007.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 53 casos. La distribución de los casos es: 15 en 2005 (28,3%), 19 en 2006 (35,8%) y 19 en 2007. El 83,1 % proceden de la isla de Gran Canaria, el 5,6% de Sáhara, el 5,6 % del África subsahariana, el 3,8% de América latina, el 1,88 % de Fuerteventura y el 1,88 % de Lanzarote. El rango de edad va desde los 3 meses a los 13 años, con una edad media de 5,3 años. El mayor nº de casos (45,28%) se concentra en el grupo de lactantes (45,3%), seguido del grupo de escolares (32%) y preescolares (22,6%). No se observan diferencias en cuanto al sexo (54,7% niños frente a 45,3% de niñas). Más de la mitad de los casos (54,7%) no presentaban síntomas al ingreso. Los que tenían síntomas manifestaron clínica respiratoria (62,5%) o fiebre (37,5%). Las formas de presentación fueron: infección tuberculosa latente (49%), pulmonar (28,3%), pulmonar adenopática (15%), pleuropulmonar (3,8%), miliar (1,9%) y meníngea (1,9%). La fuente de contagio más frecuente fue intrafamiliar (69,8%), seguida de la desconocida (26,4%) y extrafamiliar (3,77%). Un caso estaba infectado por el VIH y sólo un niño procedente de Argentina estaba vacunado con BCG. El mantoux fue positivo en 49 de los niños (92,4%) y negativo en 3 (una forma miliar, una forma meníngea y un lactante tratado por contacto con madre bacilífera). No se realizó en un caso (lactante de 3 meses).

Únicamente un paciente presentó baciloscopia positiva en una muestra de esputo (1,88%). En 14 casos se obtuvo algún cultivo positivo a Mycobacterium tuberculosis. De éstas, el 40% corresponden a jugo gástrico, 33,3% a esputo más jugo gástrico, 13,33% a esputo, 6,6% a LCR más jugo gástrico y 6,6% a líquido pleural. Se realizaron Rx y CT de tórax a todos los pacientes. La radiografía mostró alteraciones en el 28,3%, siendo las más frecuentes el engrosamiento hiliar (46,6%) y la condensación neumónica (33,3%), seguidas de las adenopatías, el derrame pleural y la afectación miliar. Las alteraciones encontradas en el CT de tórax fueron la afectación del parénquima pulmonar con adenopatías torácicas (51,85%) y adenopatías aisladas (48,15%), siendo normal en el 49% de los casos. De 37 pacientes con radiografía normal, 11 presentaron alteraciones en el CT (29,7%). Todos los casos de infección tuberculosa (49%) se trataron con isoniacida según protocolos. Los casos de enfermedad (50,9%) recibieron tratamiento con isoniacida-rifampicina-pirazinamida. Hubo que suspender el tratamiento en 2 casos: una niña que presentó hipertansaminasemia y se trató finalmente con isoniacida sólo y otra a la que se cambió la pauta habitual por myambutol-estreptomicina-levofloxacino-pirazinamida por presentar el M tuberculosis aislado resistencia a isoniacida y desarrollar durante el tratamiento una anemia hemolítica por rifampicina).

CONCLUSIONES: La tuberculosis continúa siendo un problema de Salud Pública en nuestro medio, dado el nº de casos que se diagnostican anualmente y el alto porcentaje de desconocimiento de la fuente de contagio. El mayor nº de casos diagnosticados corresponde a población autóctona (no inmigrante). La infección latente es la forma más frecuente de presentación. Tanto las resistencias de los aislados como la toxicidad de los tuberculostáticos pueden dificultar el tratamiento.

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster