

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LA EXPOSICIÓN, INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE Y ENFERMEDAD TUBERCULOSA DE UNA CEPA MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS RESISTENTE A FÁRMACOS.

JH Ramírez, A Clavijo (*), M García-Hortelano, C Toro, MJ Mellado.

Servicio de Pediatría. Unidad de Pediatría Tropical. Hospital Carlos III. Madrid.

Servicio de Microbiología. Unidad de Micobacterias. Hospital Carlos III. Madrid.

Correspondencia: John Helmut Ramírez Cuentas. Dirección: calle Silvestre Ochoa 58b-2b Castro Urdiales, Cantabria. CP 39700. Email:johnh.ramirezcuents@hotmail.com. Teléfono: 646320970.

Antecedentes: Durante los últimos años se ha producido un aumento mundial de casos de tuberculosis resistente a fármacos (TB-R). Esto adquiere relevancia en la edad pediátrica, si consideramos que los niños presentan mayor predisposición a desarrollar enfermedad tuberculosa y formas severas de la misma, como meningitis o tuberculosis miliar. *Objetivo:* Analizar las características clínico-epidemiológicas de la exposición (E), infección tuberculosa latente (ITLB) y enfermedad tuberculosa (ETB) en niños con caso índice (CI) con cepa de *Mycobacterium tuberculosis (MTB)* resistente a 1 ó más fármacos en nuestra Unidad de Pediatría Tropical durante el período 2004 – 2011.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los menores de 18 años con diagnóstico de E, ITLB y ETB, seguidos en nuestra Unidad, mediante revisión de historias clínicas y control evolutivo.

Resultados: Se identificaron 21 casos, con edad media: 5,4 años y predominio femenino: 66.6%. El diagnóstico más frecuente fue E a CI con cepa *MTB* resistente (12 casos), seguido por ITLB (6 casos) y ETB con CI resistente a 1 o más fármacos (3 casos). La cepa aislada de *MTB* fue resistente a Isoniazida y Rifampicina (multirresistente) en 76% de los CI. El lugar de procedencia más frecuente en los CI fue Ecuador (8 casos). Encontramos comorbilidad con VIH del CI en 3 casos. *Abordaje terapéutico:* se mantuvo actitud expectante y seguimiento clínico estrecho en todos los casos con E a TB-R. En niños con ITLB se pautaron 2 fármacos eficaces durante 12 meses en 5 casos y en un caso se mantuvo actitud expectante. Todos los pacientes con ETB recibieron en el período de inducción 5 fármacos útiles de primera o segunda línea, incluyendo aminoglucósido durante 6 meses y quinolona y en el período de mantenimiento 3 fármacos útiles hasta completar 18-24 meses, según pauta establecida. Ninguna E evolucionó a ITLB, ninguna ITLB evolucionó a ETB y todos las ETB se curaron.

Conclusiones: La TB-R es un problema de salud pública mundial, que afecta también a nuestro entorno. Los niños son un grupo vulnerable, así como la población VIH e inmigrante. El manejo de esta patología debe realizarse por un equipo experto, asegurando seguimiento clínico estrecho y con terapia supervisada y preferiblemente directamente observada. Las recomendaciones internacionales son realizar seguimiento de estos niños durante al menos 2 años, tras finalizado el plazo terapéutico, en cualquiera de las situaciones (E, ITLB, ET), para asegurar un control epidemiológico de la TB-R.

SOLICITADO..... POSTER