

Título: LACTANTE DE TRES MESES CON TOS PERTUSOIDE

Autores: H.Peinado Blasco\*, N. Itza Martin, T. del Rosal Rabes, F. Baquero-Artigao, MJ García Miguel, L.Escosa, G. Botija, G.López.

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz.

Dirección: Helena Peinado Blasco, Calle tramontana nº 11, 3ºB, 28223 Pozuelo de Alarcon, Madrid. Telefono 616145648. Email: [helenapeinado@msn.com](mailto:helenapeinado@msn.com)

*Introducción:* La tuberculosis congénita es una enfermedad poco prevalente en nuestro medio pero potencialmente muy grave. Clínicamente puede ser muy difícil de distinguir de otras infecciones congénitas o respiratorias. Las alteraciones en la radiografía de tórax no son específicas y la prueba de tuberculina es habitualmente negativa. Por estos motivos, se requiere un alto grado de sospecha para su diagnóstico. Presentamos un caso de tuberculosis congénita diagnosticado recientemente en nuestro hospital.

*Caso clínico:* Anamnesis: lactante de 3 meses que presenta tos pertusoide y febrícula intermitente desde el primer mes de vida. Nacido en España con antecedente de viaje a Marruecos a los 15 días de vida. Diagnosticado de síndrome pertusoide recibió tratamiento con josamicina sin mejoría. Refieren empeoramiento en las últimas dos semanas.

Antecedentes personales y familiares: embarazo por fecundación in vitro por esterilidad tubárica materna, muerte intraútero de 2 gemelos.

Exploración física: buen estado general, no signos de dificultad respiratoria, hipoventilación en hemitórax izquierdo sin ruidos patológicos, resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: Cultivo y PCR para *B.pertussis*: negativos. Serología de *Chlamydia trachomatis* y cultivo de virus respiratorios: negativos. Hemocultivo estéril. Radiografía de torax: infiltrados bilaterales y adenopatías perihiliares. Mantoux:7mm. Jugo gástrico ( 3 muestras): no BAAR, cultivo: *M. tuberculosis* sensible. TAC y broncoscopia: compresión de bronquio principal izquierdo. Ecografía abdominal: no lesiones hipodensas. LCR: normal.

Evolución: ante la clínica, mantoux positivo y radiografía de torax compatibles con enfermedad tuberculosa se recogen muestras de jugo gástrico y se inicia tratamiento con cuádruple terapia antituberculosa. Tras 12 días de tratamiento presenta dificultad respiratoria y cianosis. Se realiza TAC y broncoscopia y ante la existencia de compresión bronquial, se instaura tratamiento con corticoides durante 4 semanas con buena evolución clínica.

Estudio de contactos: padre asintomático, Mantoux 8mm, radiografía de torax normal. Madre asintomática, Mantoux 26 mm, radiografía de torax: normal. Biopsia endometrial: PCR y cultivo positivo para *M. tuberculosis*.

*Conclusiones:* La tuberculosis congénita puede simular múltiples enfermedades perinatales, dificultando así su diagnóstico. Es importante sospecharla si la madre tiene factores de riesgo para tuberculosis o antecedentes de esterilidad tubárica, ya que la tuberculosis genital es la causa más frecuente de esterilidad tubárica en países en vías de desarrollo. Cuando se diagnostica de tuberculosis a un lactante se debe realizar un estudio familiar completo, y si se descarta transmisión postnatal, un estudio de placenta y biopsia endometrial materna.