

## RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de  
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:  
(No rellenar)

97

### AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **Salvador Sanz**

Nombre: **Ainhoa**

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

### RESUMEN DE COMUNICACIÓN

**Título: INTERPRETACIÓN DEL MANTOUX EN NIÑOS DE ADOPCIÓN INTERNACIONAL.  
¿DEBE SER DIFERENTE?**

**Centro de trabajo: SERVICIO DE PEDIATRIA. HOSPITAL CARLOS III. MADRID**

**Autores: A Salvador Sanz, MJ Cilleruelo Ortega, G Navarro Legarda, R Piñeiro Pérez, M García Ascaso, M García Hortelano, MJ Mellado Peña, P Martín Fontelos**

**Texto:**

**INTRODUCCIÓN:** La interpretación de la prueba de la tuberculina es compleja en niños procedentes de adopciones internacionales. Esta población presenta características que históricamente se han considerado modificadoras de su resultado, ya sea en forma de falsos positivos, atribuibles a BCG previa, o de falsos negativos, atribuibles a desnutrición y parasitaciones. La alta prevalencia de tuberculosis en los países de origen hace imprescindible la clasificación precoz de su situación con respecto a esta patología. La actitud a tomar con resultados de Mantoux >10 mm o <5mm no ofrece dudas. En la práctica clínica, valores entre 5 y 10 mm pueden ser controvertidos en niños vacunados con BCG.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Se estudiaron los niños adoptados vistos en la Consulta de Adopción Internacional del Hospital entre Noviembre-06 y Octubre-07. En todos los casos se recogieron los siguientes datos: edad, zona de procedencia, documentación vacunal, cicatriz de BCG, resultado del Mantoux, situación nutricional y parasitación intestinal. Se excluyeron del análisis los pacientes con infección tuberculosa (Mantoux>10 mm). Se consideró vacunado a todo niño que presenta cicatriz de BCG. Se analizan los datos con software estadístico.

**RESULTADOS:** Se incluyeron 167 pacientes, con edad media de 40 meses (rango 6-136), procedentes de: China 26%, resto de Asia 25%, África 24%, Europa del este 13%, Latinoamérica 12%. En pacientes vacunados de BCG (con cicatriz), el resultado del Mantoux fue de 0 mm en el 92% , y en los no vacunados (sin cicatriz) este porcentaje ascendió al 97,6%, no siendo estas diferencias estadísticamente significativas. Analizando específicamente el grupo de menores de 24 meses, en los que supuestamente podría aún perdurar el efecto de la BCG en la interpretación de la prueba tuberculínica, el 91.4% de los pacientes vacunados (con cicatriz) tenía un Mantoux de 0 mm y entre los no vacunados (sin cicatriz) el porcentaje fue del 87%. Esta diferencia tampoco fue significativa. No se observaron modificaciones en relación con la parasitación intestinal ni con el estado nutricional.

**CONCLUSIONES:** La interpretación del Mantoux en pacientes adoptados no debe estar influida por el antecedente de vacunación con BCG. En situaciones de alto riesgo (inmunodeprimidos, contacto tuberculoso), un valor de Mantoux entre 5-10 mm debe considerarse positivo independientemente de la situación vacunal con BCG. El estado nutricional y la parasitación intestinal no modifican el resultado del Mantoux.

**Modalidad de presentación preferida:**  Oral  Póster