

Tuberculosis infantil. Generalidades y clasificación. Revisión bibliográfica

Infantile tuberculosis. Generalities and classification

Dra Gisela M. Martínez Hernández, Francisco A. Varona Rodríguez, Dra Sonia Alvarez Aguilera

Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Se realizó una revisión bibliográfica sobre la clasificación y control de la Tuberculosis infantil, atendiendo a las necesidades de aprendizaje de todo los facultativos en esta esfera. Se analizan exhaustivamente todos aquellos aspectos que puedan tender a la confusión y por ende puedan ser un obstáculo en la ejecución de planes de acción encaminados al control y erradicación de esta enfermedad, considerada por muchos como un flagelo para la humanidad.

DeCS: TUBERCULOSIS INFANTIL/ prevención y control.

ABSTRACT

A bibliographical review was performed on classification and control of the infantile tuberculosis, taking into account the needs of learning doctors have in this field. All confounding aspects that can be an obstacle for the performance of action plans aimed at the control and elimination of this disease are carefully analyzed. This disease is considered a lash for humanity.

DeCS: INFANTILE TUBERCULOSIS/ prevention and control.

INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis constituye un problema de salud a escala mundial. Esta situación es crítica en los países subdesarrollados, donde esta antigua enfermedad, a finales del siglo XX, representa una amenaza sanitaria importante, debida fundamentalmente a fallas en la aplicación de medidas de control (1-2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha determinado que en la década de los 90, esta enfermedad es la causa más frecuente atribuible a un agente infeccioso en todas las latitudes. Se estima en 1 700 millones los sujetos infectados por el Mycobacterium Tuberculosis, cada año unos 8 millones de personas, de ellas un 95 % en los países pobres (3-4).

En nuestro país la Tuberculosis mantuvo un comportamiento favorable durante los últimos 20 años, con una tendencia descendente del 5 % anual. A partir de 1992 esta situación se revierte al observarse un incremento progresivo de enfermos en todas las provincias del país (5-6).

Esta situación se ha asociado a los siguientes factores: (7-10)

1. Incremento del riesgo de la enfermedad en la población adulta mayor.
2. Pérdida de prioridad en las acciones de control del programa.
3. Situación económica adversa que atraviesa el país.

CLASIFICACION

En el niño, la tuberculosis se puede clasificar en cinco grupos diferentes:

1. INFECCIÓN TUBERCULOSA:

No constituye enfermedad como tal, pero sí un elevado riesgo de enfermar. Se produce en niños de cualquier edad, aunque en países de elevada endemia suele ser más frecuente en los menores de 4 años. Estos casos se identifican por presentar una reacción tuberculínica positiva sin manifestaciones clínicas ni radiológicas de la enfermedad (11).

2. TUBERCULOSIS PRIMARIA:

Puede presentarse de dos formas principales:

A-Simple o complejo primario

Ocurre en el 95 % de los casos en el pulmón. Se caracteriza por un infiltrado pulmonar parenquimatoso, no siempre visible en la radiografía, que constituye el foco primario, y un aumento de tamaño de los ganglios hiliares y mediastínicos del mismo lado, considerándose como el sello del complejo primario.

B-Progresiva:

Incluye la progresión del foco primario, pueden encontrarse formas cavitarias, atelectasias por obstrucción bronquial causada por granulomas endobronquiales o

ganglios que comprimen extrínsecamente, bronquiectasias cuando la obstrucción bronquial, tarda en resolverse.

Entre el 1-3 % de los enfermos se produce una diseminación masiva por vía linfohematógena, pudiendo alojarse el bacilo en cualquier órgano o sistema del cuerpo. Las formas clínicas más importantes por su frecuencia y gravedad son las siguientes:

-. Meningitis Tuberculosas:

- Síndrome meníngeo de instauración solapada con ocasional afectación de los nervios oculares.
- Radiografía tórax complejo primario, ocasionalmente patrón miliar.
- Estudio del LCR con linfocitosis, glucosa disminuida, albúmina elevada adenosín Desaminasa (ADA) elevada.
- Prueba de tuberculina: Puede ser positiva o negativa.

-. Tuberculosis Miliar:

- Síntomas y signos de dificultad respiratoria.
- Rx de Tórax con patrón miliar típico.
- Fondo de Ojo: Presencia de tubérculos coroideos.
- Signos de diseminación.

Prueba de tuberculina: Puede ser positiva o negativa.

Estas formas clínicas se presentan a los 9 meses siguientes a la primoinfección y suelen ser más frecuentes en niños menores de 2 años que no han recibido vacunación con BCG.

3. TUBERCULOSIS PULMONAR POS-PRIMARIA:

Esta forma de presentación es similar a la que se observa en los adultos y suele producirse en niños mayores, alrededor de la pubertad y varios años después de la primoinfección.

4. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR:

Esta variedad suele presentarse en cualquier tejido del organismo, las más habituales son:

A. Linfoadenitis Tuberculosa:

Es la forma más frecuente, usualmente ataca los ganglios cervicales. Se le conoce con el nombre de Escrofulosis.

B. Pleuresia Tuberculosa:

Se presenta en un 5-10 % de casos, fundamentalmente en niños mayores y dentro de los 9-12 meses siguientes de la primoinfección.

C. Tuberculosis Osteoarticular:

Generalmente se evidencia por una toma monoarticular, exudativa, con predominio linfocitario. Característica de esta forma es la afectación de la columna vertebral,

llamada mal de Pott que se presenta dentro de los tres años posteriores a la infección primaria.

D. Tuberculosis Genitourinaria:

Es excepcional en la infancia, y cuando lo hace suele haber pasado más de cinco años de la primoinfección.

5. TUBERCULOSIS DEL RECIÉN NACIDO:

La Tuberculosis congénita es muy poco frecuente, sin embargo actualmente existen factores que pueden influir directamente en su presentación. La Epidemia del V.I.H, el consiguiente aumento de sujetos coinfectados con M. Tuberculosis y el aumento de la incidencia de esta enfermedad en adultos jóvenes, y por tanto en mujeres en edad de procrear, puede dar lugar al aumento de la enfermedad en las embarazadas, con el consiguiente riesgo de la presentación de esta variante (11-14).

La intensidad de la diseminación linfohematógena durante el embarazo determinará la infección de la placenta, o del tracto genital. La transmisión de la infección congénita del microorganismo patógeno puede producirse a través de dos vías: (15)

-. Placentaria:

Directamente a través de la vena umbilical, o a partir de tubérculos caseosos formados en la placenta infectada. Esta vía dará lugar a un foco primario localizado en el hígado, de donde el bacilo puede pasar a la circulación general y producir focos en los pulmones.

-. Líquido Amniótico Infectado:

Esta variante se produce cuando existe rotura de una lesión caseosa en la placenta. La aspiración o ingestión del líquido dará lugar a múltiples focos primarios localizados en pulmón, intestino y oído.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Murray CL, Stybio K, Rovillon A. Tuberculosis en los países en desarrollo: magnitud, intervenciones y costos. Bol Union Int. Tuberc. 1990; 65 (1) : 6-26.
2. Spence DPS. Tuberculosis and pverty. Brit Med J. 1993.,307 (6907):759'61. En Rev Cubana Med Gen Integral 10 (2):155, abril-junio, 1994.
3. Ivone P, Ten G, Kochi A. Tuberculosis: A global overview of the situation today. Bull W H O 1992; 70(2): 149-159.
4. Kochi A: The global Tuberculosis situation and the new control strategy of the World Health Organization. Tubercle 1991; 72:1-.

5. Uba . Ministerio de Salud Pública. OPS, Documento base. Programa Nacional de Control de Tuberculosis. La Habana: MINSAP. 1970.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Análisis de la Tuberculosis. La Habana: MINSAP. 1993.
7. World Health Organization. Press Release. Genova: W H O,1994:8.
8. Nkajima H. Tuberculosis: Estado de urgencia. Salud Mundial 1993.,46 (4):3.
9. Marrero A, Carreras J, Santín M: El programa de control de la Tuberculosis en Cuba. Rev. Cubana Med Gen Integr. 1996., 12 (4): 381-385.
10. Marrero A: La Tuberculosis como programa de salud. 194
11. Comstock G W, Livesay V T, Woolpart S F: The prognosis of a positive tuberculin reaction in childhood and adolescence. Am J. Epidemiol. 1974.,99:131-138.
12. Galdos -Tanguis H, Cayla J A: Tuberculosis Infantil: Protocolo de trabajo para su diagnóstico y control en los países de alta prevalencia. Ministerio de Sanidad y Consumo. Barcelona: Salvat; 1995:23,891.
13. Kamat SR, Dawson JJ, Devadattas Y, Wallace Fox, Janardhanam B, Radhakrishna: A Controlled study of the influence of segregation of Tuberculosis patients for on the attack rate of tuberculosis in a 5 year period in close family contacts in South India. Bull W H O 1996., 34:517-532.
14. Barnes PF, Bolch AB, Davidson PT, Snider DE Jr.:Tuberculosis in patients with human immunodeficiency virus infection. N Engl. J. Med.1991.,324: 1644-50.
15. Vallejo J, Sparke J: Tuberculosis and Pregnancy. Clin Chest Med. 1992., 13:693-707.

Dra Gisela M. Martínez Hernández. Especialista de I Grado en Pediatría. Instructora de Pediatría en Medicina General Integral. ISCM-C. Hospital Pediátrico Eduardo Agramonte Piña. Camagüey, Cuba.