

PROTOCOLOS TERAPEUTICOS*

TUBERCULOSIS NEONATAL

X PASTOR

1. CONCEPTO

La tuberculosis neonatal es la infección del recién nacido producida por el bacilo de Koch. Es una situación rara pero grave que requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento energético.

Los mecanismos de contagio son los tres clásicos en toda infección neonatal:

- a) Prenatal: es el menos frecuente. Requiere la existencia de enfermedad activa en la madre y se produce por el paso transplacentario de BK durante una siembra miliar.
- b) Perinatal: se produce durante el parto por ingestión o aspiración de secreciones o líquido amniótico contaminados.

- c) Postnatal: es el más frecuente de todos ellos. El mecanismo de transmisión es el clásico, por vía aérea, al estar el recién nacido sometido a un ambiente bacilífero.

Obviamente, las manifestaciones clínicas en el primer caso tendrán lugar en pleno periodo neonatal, mientras que en las otras dos situaciones, la enfermedad se va a presentar entre los 2 y los 3 meses de vida.

2. DIAGNOSTICO

Bajo un punto de vista práctico nos vamos a enfrentar a dos situaciones bien distintas:

2.1. Recién nacido "que no va bien": esta situación se da cuando el contagio ha sido prenatal y desconocemos el antecedente materno, aunque en ciertas ocasiones pueda sospecharse

* Corresponde al Servicio de Neonatología del Departamento de Pediatría (Hospital Clínico, Universidad de Barcelona). (Próxima publicación como monografía).

por el ambiente que rodea al recién nacido. El recién nacido va a presentar un estacionamiento de la curva ponderal aparente ya en la segunda semana de vida, puede coexistir un síndrome de dificultad respiratoria si la enfermedad pulmonar se encuentra ya en fase avanzada, una ictericia de características patológicas y trastornos de la temperatura. A la exploración se apreciará la existencia de hepato-esplenomegalia y tendencia progresiva a la anemia. El diagnóstico diferencial deberá establecerse con otras infecciones de curso subagudo (lues congénita, candidiasis, hepatitis vírica, etc.), ciertas metabolopatías congénitas (galactosemia) y otras enfermedades sistémicas (fibrosis quística precoz, etc.).

2.2. Recién nacido con antecedente de ambiente tuberculoso. Por lo general suele ser la madre la afectada. En esta situación se puede actuar precozmente siguiendo el esquema propuesto en la figura 1. Es muy importante asegurarse del diagnóstico y tratamiento de la madre así como de su control. Todo tratamiento incorrecto o iniciado a partir del 4º mes de embarazo se considerará insuficiente, siguiendo el recién nacido un protocolo de riesgo. En el caso de ambiente familiar tuberculoso extramaterno o de madre tuberculosa bien tratada, la pauta de actuación nos la va a dar el estado clínico materno apoyado con la práctica repetida de un Ziehl y cultivo de esputo.

El diagnóstico en el recién nacido se basará en la práctica de cultivos centrales (hemocultivo, urinocultivo y cultivo de LCR) en medio de Loewenstein, añadiendo un estudio bacilosκόpio del contenido gástrico. El PPD es una técnica poco sensible aunque muy específica en el caso de ser positiva. La radiografía de torax mostrará imágenes típicas de granulía miliar con posibles zonas de condensación de características bronconeumónicas. Pueden existir ya en este periodo cavitaciones y áreas enfisematosas. El diagnóstico diferencial radiológico debe establecerse fundamentalmente con la granulía candidiásica, la listeriosis pulmonar y la neumonía lúctica.

En caso de conocer el antecedente materno es obligado el estudio de la misma y practicar estudio anatomopatológico de la placenta y del endometrio.

3. TRATAMIENTO

3.1. *Régimen de vida:* Ingreso en la unidad de patología neonatal con los cuidados habituales que pasarán a intensivos si la afectación es grave.

3.2. *Alimentación:* La indicada por su peso y edad gestacional. Si hay mal estado general o distress, dieta absoluta.

3.3. *Tratamiento etiológico:* Se administrarán siempre dos fármacos. Isoniazida a 10-15 mg/Kg/día, vía EV u oral durante 18-24 meses y refampi-

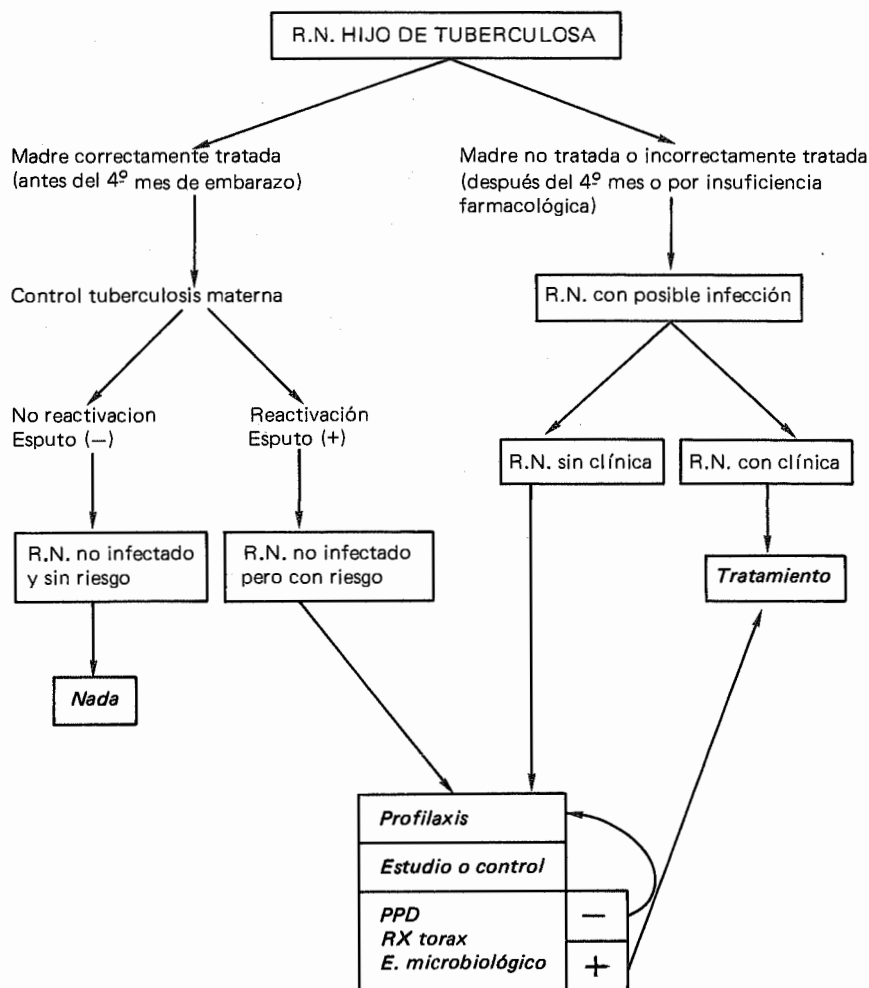


Figura 1. Método diagnóstico terapéutico del R.N. hijo de tuberculosa.

cina a 10-15 mg/kg/día durante 12 meses, ambas en 2 dosis al día. En casos graves se recomienda añadir estreptomycin, 25 mg/kg/día, via intramuscular, durante 2 meses, en 2 dosis al día. La duración total del tratamiento puede reducirse a 12 meses si no hay

diseminación miliar.

Siempre que se administre isoniazida es obligado adicionar piridoxina a 1 mg/kg/día.

3.4. Tratamiento complementario: En caso de pleuritis tuberculosa, tuberculosis miliar, meningitis tuberculo-

sa, neumonía caseosa o adenopatía que comprima, aparte de utilizar 3 fármacos, se recomienda añadir al tratamiento. Prednisona, 1-2 mg/kg/día durante 1 mes via EV u oral en 4 dosis, iniciada dos días después. Se vigilará el *mantenimiento de constantes* hidroelectrolíticas y metabólicas, y del estado general mediante transfusiones de plasma o sangre, etc. En ocasiones está indicada la *Oxigenoterapia*.

Recién nacido hijo de madre con tuberculosis o en ambiente tuberculoso. La actitud diagnóstica-terapéutica a seguir se resume en la figura 1.

Los recién nacidos que vivan en "ambiente tuberculoso" (padre o abuelo afectos, etc) se consideran "recién nacido o infectado pero con riesgo", obligando a practicar profilaxis y estudio.

La profilaxis incluye separar al recién nacido del enfermo y administrar-

le isoniacida por vía oral, 10 mg/kg/día y piridoxina 1 mg/kg/día durante 3-6 meses.

El estudio control comprende la práctica de PPD y radiografía de torax al nacer, 6 semanas, 3 meses y 6 meses. La baciloscopía en aspirado gástrico y los cultivos en medio de Lowenstein se indicarán al nacer cuando haya probabilidad de transmisión placentaria. Si los resultados en estos controles son negativos y el recién nacido no presenta clínica, podrán suprimirse las hidrácidas, siempre que el enfermo reciba tratamiento correcto y no sea activo (dos esputos consecutivos negativos). Si no se cumplen estos requisitos, se considerará la práctica de vacunación BCG en el recién nacido, manteniendo las isoniazidas y el alejamiento del foco hasta comprobar la conversión tuberculínica.