

Revista Mexicana de Pediatría

Volumen **72**
Volume

Número **6**
Number

Noviembre-Diciembre **2005**
November-December

Artículo:

Tuberculosis pulmonar durante el
embarazo: manejo del recién nacido. A
propósito de un caso

Derechos reservados, Copyright © 2005:
Sociedad Mexicana de Pediatría, AC

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Tuberculosis pulmonar durante el embarazo: manejo del recién nacido. A propósito de un caso

(Pulmonary tuberculosis during pregnancy: management of the newborn.
Report in regard to a case)

Luis Paulino Islas Domínguez,* José Ramón Jiménez Jiménez**

RESUMEN

Se informa de una niña recién nacida a cuya madre, durante la gestación, se le identificó tuberculosis pulmonar (TbP). El diagnóstico se sospechó por la clínica y se confirmó por radiografía: que mostró tuberculosis miliar, y baciloscopia positiva. Recibió tratamiento con rifampicina y etambutol. La niña nació prematuramente (a las 36 semanas de gestación) y con peso bajo. Se decidió manejarla de acuerdo a lo indicado en la tuberculosis congénita: con isoniazida como profilaxis y control peryódico.

Palabras clave: Recién nacido, tuberculosis congénita, isoniazida.

SUMMARY

In this case report of a newborn with congenital tuberculosis, the diagnosis of this disease was done during pregnancy, it was confirmed by bacteriology and by X ray. The woman was treatment with rifampicin and etambutol. The neonate was born at the 36 week of gestation with 1630 g of body weight and received isoniazid as a profilactic treatment. Is now in close observation.

Key words: Newborn, congenital tuberculosis, isoniazid.

La tuberculosis ha sido, a lo largo del tiempo, un problema de salud pública que afecta a niños y adultos, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta anualmente alrededor de 8 millones de casos nuevos y 3 millones de muertes.¹ En México, se estima que anualmente prevalecen cerca de 64,000 casos de esta enfermedad y la incidencia de tuberculosis pulmonar (Tbp) reportada en mujeres embarazadas atendidas en hospitales, en 1992, es de 1.5 casos por cada 1,000 egresos, con una letalidad de 6.6 muertes por 100 pacientes infectadas.² Aunque poco frecuente, la forma clínica asociada al embarazo es con frecuencia de tipo pulmonar y se calcula que en estas mujeres son asintomáticas hasta en 20% de los casos.³

CASO CLÍNICO

Se trata de una primigesta recién nacida de una mujer de 21 años de edad, con control prenatal en dos ocasiones durante su embarazo (médico privado). Inicia su padecimiento un año antes con tos productiva crónica, pérdida de peso y ataque a su estado general, por lo que acude al hospital. Se ingresa al área de embarazo de alto riesgo donde es valorada por un neumólogo que solicita radiografía de tórax que muestra afección pulmonar importante compatible con tuberculosis (*Figura 1*); la baciloscopia (BARR) es positiva en el jugo gástrico y negativa en la orina. Se le inicia tratamiento con rifampicina (4 tabletas/día) y etambutol (3 tabletas/día). Inicia su trabajo de parto en forma espontánea y nace una niña de 1,630 g de peso y 43 cm de talla con circunferencia cefálica de 31 cm. La valoración hecha con la escala de Capurro fue compatible con 36 semanas de gestación. Apgar: 8/9; Silverman Andersen: 3. Se le deja en ayuno por insuficiencia respiratoria y se inicia fase I de ventila-

* Servicio de Neonatología.

** Médico residente de Pediatría.

ción: con FiO_2 al 40%, saturando al 90-98% y se inicia manejo con ampicilina y cefotaxima a 100 mg/kg/día, en dos dosis respectivamente. Una vez iniciada la vía oral se agrega al tratamiento isoniácida a razón de 20 mg/kg.

Los datos de dificultad respiratoria remiten después de una semana de tratamiento, la placa toracoabdominal sin datos patológicos (Figura 2). El estudio de BARR en orina y jugo gástrico se reportaron negativos, el perfil TORCH fue positivo a IgG para antitoxoplasmosis 300 U/mL, anticitomegalovirus 250 U/mL y antirubéola 99.4. A la tercera semana de vida se le repitió el estudio sin cambios significativos con respecto al primero. La reacción en cadena de la polimerasa fue negativa. El estudio citoquímico del líquido cefalorraquídeo fue normal. El tratamiento con antibióticos se mantuvo por 14 días, mostrando una buena evolución clínica y hematológica. El hemocultivo y la proteína "C" reactiva (3 mg/dL) fueron negativos. La evolución de la recién nacida fue satisfactoria, egresando a su domicilio con un peso de 1,900 g; al salir satisfacía sus requerimientos por la vía oral, con buen patrón de succión. Continuó con la isoniácida y se le ha dado seguimiento en la consulta externa hospitalaria de neonatología e infectología pediátrica, evolucionando satisfactoriamente.

DISCUSIÓN

En el presente caso la madre adquirió la TbP desde un año antes del embarazo y éste transcurrió prácticamente sin control prenatal. Hasta ser internada no tuvo tratamiento, por lo que el producto en gestación estuvo a riesgo de que fuese infectado por diseminación hematogena: desde la placenta o por aspiración o ingestión de líquido amniótico contaminado, o al nacer, por infección genital. La aspiración o ingestión pudo haberle ocasionado afección pulmonar o gastrointestinal, en tanto que en la diseminación hematogena pudiera haberle producido daño hepático o pulmonar.⁴⁻⁸

Si bien la TbP es la más frecuente en mujeres embarazadas (como también en las no embarazadas) éstas pueden padecer de alguna otra forma clínica. En México Figueroa² reportó 15 casos de mujeres con tuberculosis: nueve de ellas con TbP, tres con Tb renal, dos con Tb ganglionar y una con Tb cutánea. En este caso, al parecer la madre adquirió su enfermedad un año antes del embarazo, permaneciendo sin tratamiento; esta circunstancia planteó para la niña en gestación un riesgo elevado de transmisión de la enfermedad. A este respecto se estima que, por cualquiera de los mecanismos de transmisión ya mencionados, se pueden explicar puede dar lugar a tuberculosis congénita, siendo ésta la forma clínica grave. Esta rara forma clínica que afecta a



Figura 1. Imagen del tórax de la madre a su ingreso, la afección pulmonar era notoria.



Figura 2. Radiografía toraco-abdominal a las 48 horas de vida del recién nacido. Muestra aumento de la trama parahiliar.

algunos neonatos, se presenta en 3 de cada 100 mujeres embarazadas, con tuberculosis activa;⁶ cuando ésta afecta a los neonatos, las manifestaciones de la enfermedad pueden aparecer a partir del primer día de vida hasta las diez semanas después, por lo que se aconseja el empleo de antifímicos durante el embarazo, en infecciones recientes,⁹ tal como se hizo en la madre de esta niña. Cabe hacer señalar que en enfermas de tuberculosis que se embarazan, 10% de los niños que manifiestan retardo de crecimiento intrauterino y puntajes de Apgar

bajos^{10,11} tal como parcialmente aconteció en esta niña, excepto por su puntaje de Apgar.

En cuanto al abordaje de estos niños, en el estudio de este caso se consideraron los criterios sugeridos, por Cantwell et al,¹² quienes consideran: a) niños con lesiones que ocurren en la primera semana de vida. b) complejo hepático primario c) tuberculosis del tracto genital materno o de la placenta y d) exclusión por transmisión posnatal y búsqueda de otros contactos; incluyendo en el estudio: baciloscopías, cultivos en jugo gástrico y orina, reacción de cadena de polimerasa (que en esta niña fueron negativas) ultrasonido hepático (que fue normal), perfil TORCH (con positividad para IgG de toxoplasma, citomegalovirus y rubéola). Pese a la dificultad que implica el diagnóstico de tuberculosis congénita en un recién nacido, es necesario seguir estas pautas ya que de no hacerse el diagnóstico temprano su curso clínico puede ser letal.¹³ Por otra parte, en el caso de una mujer con tuberculosis pulmonar activa, el riesgo de contagio es alto, por lo que el recién nacido debe recibir tratamiento profiláctico con isoniacida (vía oral) y debe ser cuidadosamente vigilado en búsqueda de signos y síntomas de tuberculosis; algunos autores recomiendan la separación del recién nacido en tanto pasa el periodo de contagiosidad de la madre.

En este caso no se aisló el bacilo de la tuberculosis y las pruebas no demostraron evidencia de la enfermedad, sin embargo se le administró isoniacida, como se recomienda en niños con riesgo de adquirir la enfermedad y puedan desarrollarla más tarde. En cuanto a la infección respiratoria, ésta remitió con el tratamiento suspendiendo los antibióticos 14 días después.

Referencias

1. Committee on Infectious Diseases. Tuberculosis. En: Red Book 2003., Elk Grove Village Ill. American Academy of Pediatrics 2003: 642-60.
2. Figueroa E. Tuberculosis en la mujer embarazada. *Ginec Obst Mex* 1992; 60: 209-16.
3. Good DR, Iseman MD, Davidson PT. Tuberculosis in association with pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1981; 140: 492-8.
4. Smith M, Teele D. Tuberculosis. In: Remington JS, Klein JO. *Infectious diseases of the fetus and newborn Infant*. 3rd ed. Philadelphia: W. B. Saunders, 1990: 834-47.
5. Vellajo JG, Starke JR. Tuberculosis and Pregnancy. *Clin Chest Med* 1992; 13: 693-07.
6. Blackall PB. Tuberculosis: maternal infection of newborn. *Med J Aust* 1969; 1: 1055-58.
7. Hughesdon MR. Congenital Tuberculosis. *Arch Dis Child* 1946; 21: 121-8.
8. Ormerod PL. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. *Thorax* 2001; 56: 494-9.
9. American Thoracic Society. Medical Section of the American Lung Association: treatment of tuberculosis and tuberculous infection in adults and children. *Am Rev Respir Dis* 1986; 134: 355-63.
10. Ormerod LP. Tuberculosis in pregnancy and the puerperium. *Respiratory diseases in pregnancy. Chest Clinic Thorax* 2001; 56: 494-99.
11. Stähelin-Massik J. Congenital tuberculosis in a premature infant. *Swiss Med* 2002; 132: 598-02.
12. Cantwell MF, Shehab ZM. Brief report: congenital tuberculosis. *New Engl J Med* 1994; 330: 1051-4.
13. Abughali N, Van der Kuyp F. Congenital tuberculosis. *Pediatr Infect Dis J* 1994; 13: 738-41.

Correspondencia:

Dr. Luis Paulino Islas Domínguez
Hospital General de México O.D.
Dr. Balmis Núm. 148
Colonia Doctores
Delegación Cuauhtémoc 06720
Teléfono 59 99 61 33 Ext. 1076 y 1079
Correo electrónico:
luigui_neonato@hotmail.com

Fe de erratas

En el artículo de las doctoras Pérez Muñoz MG y Pérez Pérez A, titulado: **“Diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. A propósito de la experiencia en un adolescente”**: que apareció en el Número 5 (Sep. - Oct.) del volumen 72 de esta Revista, en la página 243, segunda columna, segundo párrafo, renglón 6 dice: ... **(Figura 1)**.

Esta imagen fue omitida por indicaciones del revisor. Sin embargo, por error, tanto la referencia (señalada antes) como el pie de la figura 1 no fueron eliminados del manuscrito. El pie de foto que debió ser omitido aparece, erróneamente, debajo de una de las tres gráficas que forman parte de la figura 2.