

El reto de la tuberculosis infantil

The challenge posed by childhood tuberculosis

Gladys Abreu Suárez

Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis Infantil. Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana. La Habana, Cuba.

La tuberculosis (TB) es un problema importante de salud en el mundo, no solo por la alta incidencia de casos reportados cada año (en 2014 hubo un estimado de 9,6 millones de casos nuevos de TB, de ellos, 1 millón de menores de 15 años), sino también por la mortalidad que causa: millón y medio de fallecidos, entre ellos, 140 mil niños.¹ En general, los menores de 15 años representan el 6,5 % de los casos notificados, con grandes diferencias entre países, de acuerdo con sus condiciones de vida, estado nutricional y atención de salud.¹⁻⁴

La Estrategia para detener la tuberculosis (Stop TB), 2015-2035, tiene como meta la reducción del 95 % de las muertes (en relación con 2015) y alcanzar tasas < 10 x 100 mil habitantes.¹ La eliminación de la TB como problema de salud pública, que sería lo ideal, significa alcanzar tasas de incidencia < 0,1 x 100 000 habitantes (equivalente a < 1 x millón), de manera que la disminución de la transmisión en la comunidad haga innecesarias las acciones masivas, sistemáticas y estrictamente programáticas de los servicios de salud pública para el control de la enfermedad.² Enfrentar el reto de la eliminación tiene que tener en cuenta los determinantes sociales de la TB, además de la coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y la aparición de resistencia a las drogas antituberculosas, elementos que propiciaron la reemergencia de la enfermedad a fines del siglo XX y se perpetúan en el tiempo.^{1,3,5}

Se hace necesario, además, acortar los esquemas de tratamiento de la infección latente y la enfermedad activa, desarrollar nuevas y potentes drogas antituberculosas, y lograr una vacuna costo-efectiva que evite la progresión de la infección latente a enfermedad activa.²

Cuba reporta una incidencia de 6,1 x 100 mil habitantes en 2014, con 15 casos infantiles, que representan el 1,4 % del total y una tasa de 0,8 x 100 mil menores de 15 años, indicadores similares a países desarrollados; no se reporta coinfección con el VIH, ni fallecidos.⁶

La TB infantil es un evento centinela, un indicador de trasmisión de TB en la comunidad. Los niños constituyen una población muy vulnerable y con riesgo de progresión a formas graves, sin embargo, la baja incidencia de la enfermedad en ellos, en los cuales son tan frecuentes las infecciones respiratorias agudas, disminuye la sospecha diagnóstica en nuestros pediatras y médicos de familia. Por otro lado, se limita la confirmación bacteriológica por la naturaleza paucibacilar de la TB en la edad pediátrica y la dificultad de obtener muestras adecuadas.^{7,8}

Cuba tiene una gran fortaleza en su sistema de salud que es único, accesible, basado en la atención primaria de salud, con un enfoque preventivo y participación de la comunidad.⁸ Cuenta, además, con un Programa Nacional de Control de la TB, recientemente actualizado, con el objetivo de eliminar la TB como problema de salud, por lo que constituye un compromiso muy grande reforzar todas las acciones para lograr este propósito.⁹

Es importante recordar que el diagnóstico de la TB en los niños se basa en un conjunto de criterios, aunque siempre debe buscarse la confirmación microbiológica. Es importante:^{7,8}

1. El criterio epidemiológico de contacto estrecho, frecuente, con un enfermo de TB entre 1-2 años anteriores. Es importante, por tanto, la pesquisa activa cuando se diagnostica un adulto TB (control de foco). Aunque se desconozca la existencia de contacto, es importante un criterio inmunológico que demuestre una hipersensibilidad retardada a los antígenos tuberculosos, mediante prueba de Mantoux, o de un test inmunológico que mida la liberación de interferón gamma cuando se expone la sangre del paciente a determinados antígenos TB (IGRAS= interferon gamma release assay). Los IGRAS no están disponibles en nuestro medio.

2. El criterio clínico-radiológico:

a. El criterio clínico de síntomas o signos sospechosos de TB:

- Buscar, sobre todo, síntomas respiratorios, como tos que se prolonga por más de 3 semanas, así como otros síntomas respiratorios.*
- Pérdida de peso cuantificable (curva de peso plana en niños pequeños).*
- Fiebre inexplicada de más de 2 semanas.*
- Otros: manifestaciones extrapulmonares, letargia prolongada, astenia. En menores de 2 meses: neumonía neonatal, hepatosplenomegalia inexplicada o cuadro de sepsis.*

b. El criterio radiológico de estudio imagenológico compatible con TB, evaluada por radiólogo o pediatra entrenado (buscar otra valoración si hubiera dudas).

3. *El criterio microbiológico de confirmación de Mycobacterium tuberculosis (MTB) en la muestra estudiada, ya sea mediante examen directo, cultivo, o reacción en cadena de polimerasa (PCR) en tiempo real, que mida además resistencia a rifampicina (RIF), conocido como XpertMTB/RIF. Este estudio puede realizarse en el Instituto de Medicina Tropical, donde se priorizan los casos con VIH y niños. El cultivo del esputo es el estudio que mejor sensibilidad tiene.*

4. *El criterio evolutivo de respuesta al tratamiento.*

En Cuba, desde su creación en 1995, el Centro de Referencia Nacional para la TB Infantil y las comisiones provinciales trabajan coordinadamente, en el control de los niños evaluados por sus médicos de familia y pediatras en las investigaciones de los contactos de un enfermo, además de evaluar casos dudosos o con sospecha clínica. Importante es, además, la capacitación sistemática para mantener la actualización sobre esta enfermedad, y la enseñanza que nos brinda cada caso diagnosticado, por pocos que sean.⁸

En este sentido, el trabajo de la doctora Ramos Carpena y otros, que nos presenta en este número de la revista el caso de un adolescente, con TB pulmonar, que se inicia como una neumonía persistente, es un buen ejemplo de la importancia de tener siempre presente a la TB, e insistir en los elementos epidemiológicos.

Finalmente, tanto el centro de referencia, como las comisiones provinciales, deben encargarse de monitorear el tratamiento, tanto de la infección TB latente (prueba de Mantoux o IGRAS positivo, pero sin criterios clínicos ni radiológicos de enfermedad activa), con isoniazida, como de las 4 drogas antituberculosas de primera línea en los enfermos. Ambos tratamientos deben llevarse de forma estrictamente supervisada por el personal de salud.^{8,9}

No podemos olvidar además el carácter intersectorial de nuestro sistema de salud, y la importancia de tener en cuenta los determinantes sociales y la forma de poder modificarlos, si queremos enfrentar el reto de la eliminación de la TB como problema de salud en niños y adolescentes.⁸

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2015. WHO/HTM/TB; 2015.
2. González E, Armas L. Eliminación de la tuberculosis como problema de salud pública: consenso de su definición. Rev Cubana Med Trop [serie en Internet]. 2015 abr [citado 4 de marzo de 2016];67(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602015000100011&lng=es
3. Uplekar M, Weil D, Lonnroth K, Jaramillo E, Lienhardt C, Dias HM, et al. WHO's new End TB Strategy. Lancet. 2015;385(9979):1799-801.
4. Erkens CGM, de Vries G, Keizer ST, Slump E, van den Hof S. The epidemiology of childhood tuberculosis in the Netherlands: still room for prevention. BMC Infectious Diseases. 2014;14:295.

5. González E, González A, Armas L, Llanes MJ, Marrero A, Suárez L, et al. Tendencia de la incidencia de Tuberculosis en Cuba: lecciones aprendidas en 1991-1994 y su trascendencia en 2004-2012. Rev Cubana Med Trop [serie en Internet]. 2015 abr [citado 4 de marzo de 2016];67(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0375-07602015000100012&lng=es&nrm=iso&tlng=es
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública (Minsap). Anuario Estadístico de Salud, 2014. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana: Minsap; 2015. p. 91.
7. Graham SM, Cuevas LE, Jean-Philippe P, Browning R, Casenghi M, Detjen AK, et al. Clinical Case Definitions for Classification of Intrathoracic Tuberculosis in Children: An Update. Clinical Infectious Diseases. 2015;61(S3):S179-87.
8. Abreu G, González JA, González E, Bouza I, Velázquez A, Pérez T, et al. Cuba's Strategy for Childhood Tuberculosis Control, 1995-2005. MEDICC Review. 2011;13(3):29-34.
9. Cuba. Ministerio de Salud Pública (Minsap). Programa Nacional y Normas de Procedimientos para la Prevención y Control de la Tuberculosis. Dirección Nacional de Epidemiología. La Habana: Minsap; 2013.

Recibido: 7 de marzo de 2016.

Aprobado: 15 de marzo de 2016.

Gladys Abreu Suárez. Centro Nacional de Referencia de Tuberculosis Infantil. Hospital Pediátrico Universitario Centro Habana. Calle Morales y Benjumeda, municipio Cerro. La Habana, Cuba. Correo electrónico: josegv@infomed.sld.cu