



# TUBERCULOSIS: HAY QUE PREGUNTAR POR ELLA.

M<sup>a</sup> Ángeles Suárez Rodríguez  
Marzo de 2017



# CONOCIENDO AL PACIENTE

- PACIENTE DE 4 AÑOS.
- RESIDE EN PISO DE ACOGIDA DONDE VIVE CON LA MADRE POR MALTRATO DEL PADRE.
- EN ENTREVISTA PARA APERTURA DE HISTORIA NO REFIERE ANTECEDENTES CLÍNICOS RESEÑABLES.
- ACLARA SITUACIÓN INTRAFAMILIAR DELICADA CON RÉGIMEN DE ALEJAMIENTO DEL PADRE Y ACOGIDA POR LOS SERVICIOS SOCIALES.
- NO TIENE HERMANOS.
- SE REvisa CALENDARIO VACUNAL COMPLETO.
- DESARROLLO PONDEROESTATURAL Y PSICOMOTOR DENTRO DE LA NORMALIDAD.



# COMIENZA LA CLÍNICA

- Acude a consulta al mes tras apertura de historia por clínica de cansancio sin otra sintomatología acompañante.
- No episodios de tos ni fiebre.
- En la exploración no se objetivan alteraciones, por lo que se le aconseja vigilancia ambulatoria.
- A los 15 días acude de nuevo a consulta por clínica más acusada y mal estado general con pérdida de peso importante.

# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

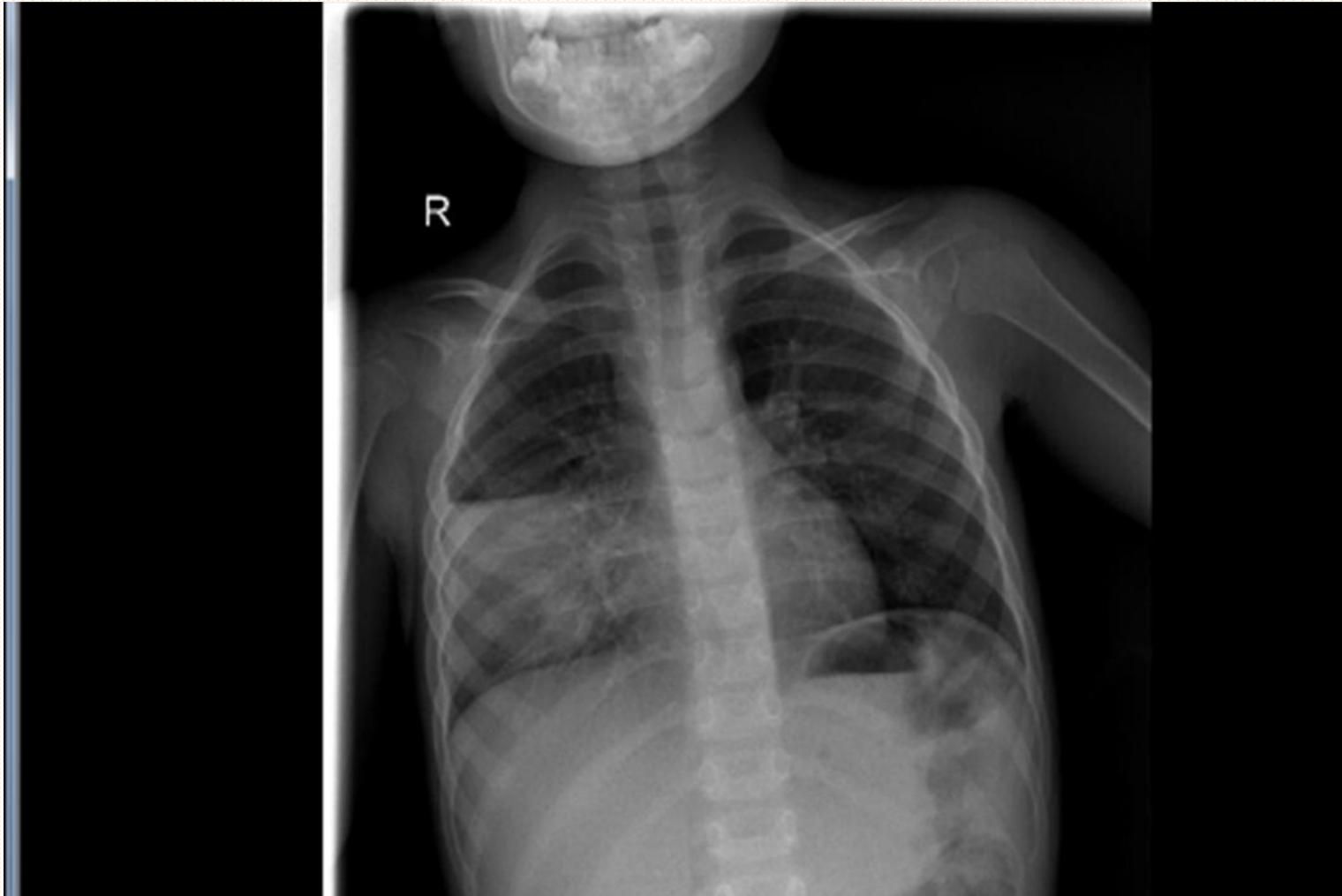
- Se realiza analítica con anemia microcítica, hierro bajo, ferritina elevada y trombocitosis.
- Elevación de reactantes de fase aguda: VSG (91 mm) y PCR (24 mg/L).
- Bioquímica con función hepática y renal normales.
- TSH normal.
- Serología celiaca negativa.



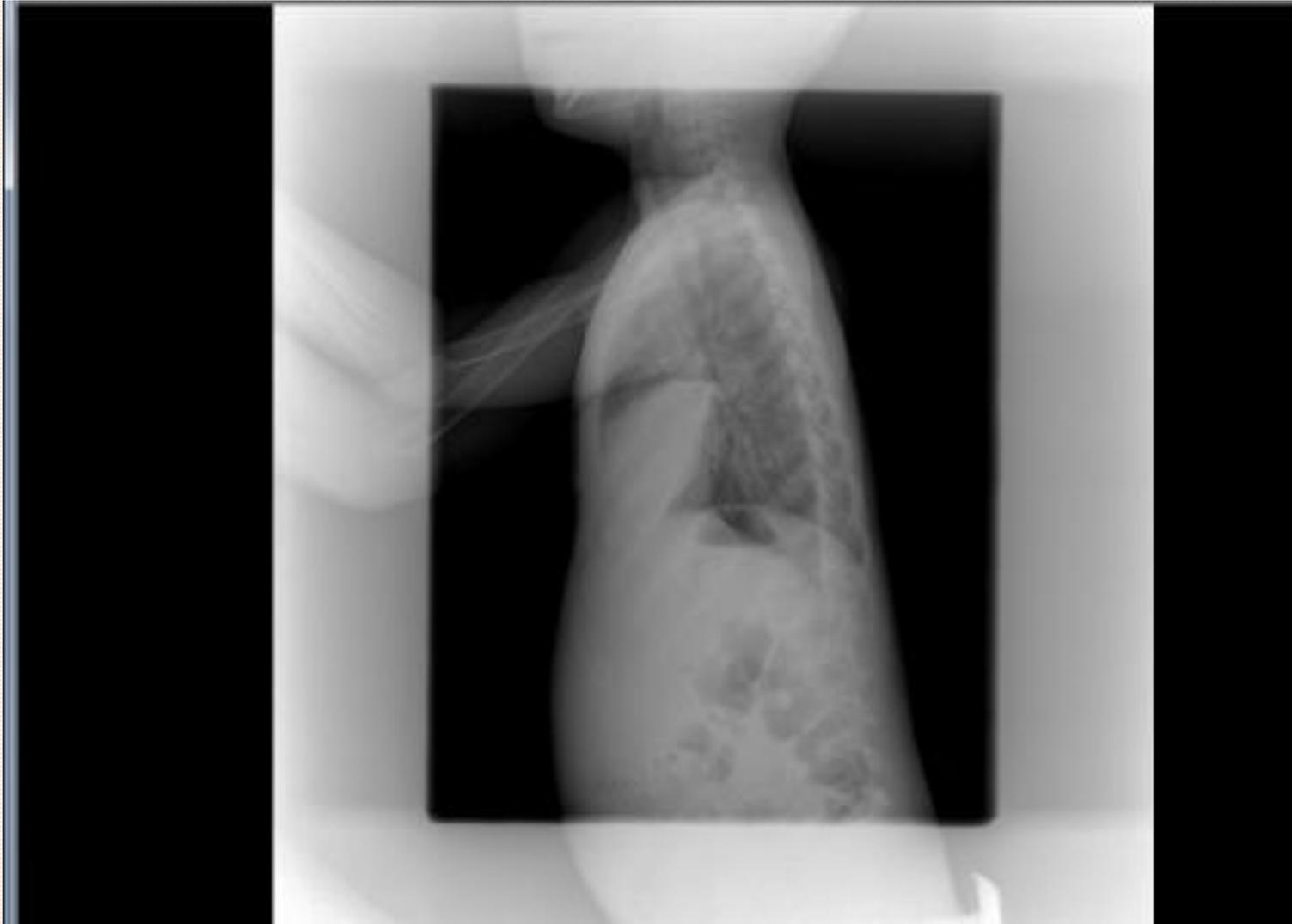
# PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Dada la afectación clínica y las alteraciones analíticas se deriva a Urgencias de hospital para valoración.
- Se realiza al ingreso estudio radiográfico que se informa como:
  - Imagen de condensación que afecta fundamentalmente al LM y probablemente también al segmento anterior del LSD.
  - Se objetiva un aumento de densidad con ensanchamiento del mediastino superior, con un aumento de densidad en ambas líneas paratraqueales pudiendo estar en relación todo ello a la existencia de adenopatías mediastínicas y compatible con tuberculosis pulmonar primaria.

# HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS AL DIAGNÓSTICO



# HALLAZGOS RADIOGRÁFICOS AL DIAGNÓSTICO





# TB: confirmación

- Se realiza Mantoux: 15 mm. El paciente no presenta durante estos estudios clínica de tos ni fiebre.
- Se confirma el diagnóstico de TB en el niño tras aislamiento de la bacteria y estudio de sensibilidad a fármacos.

Tipo de Muestra **ASP. GASTRODUODENAL**  
**MICOBACTERIAS**

TINCION DE AURAMINA Dudosa. Se observan 2 BAAR/30c X 200

CULTIVO MEDIO SOLIDO Negativo

CULTIVO MEDIO LIQUIDO Positivo: Se observan BAAR

PCR M. TUBERCULOSIS COMPLEX DE MUESTRA POSITIVA

***Mycobacterium tuberculosis***

***M.tuberculos***

Estreptomina S

Rifampicina S

Isoniacida S

Etambutol S

Pirazinamida S

[http://www.aepap.org/sites/default/files/esputo\\_inducido\\_versus\\_lavado.pdf](http://www.aepap.org/sites/default/files/esputo_inducido_versus_lavado.pdf)

<https://aepap.org/grupos/grupo-de-patologia-infecciosa/contenido/documentos-del-gpi>



# Tras el ingreso



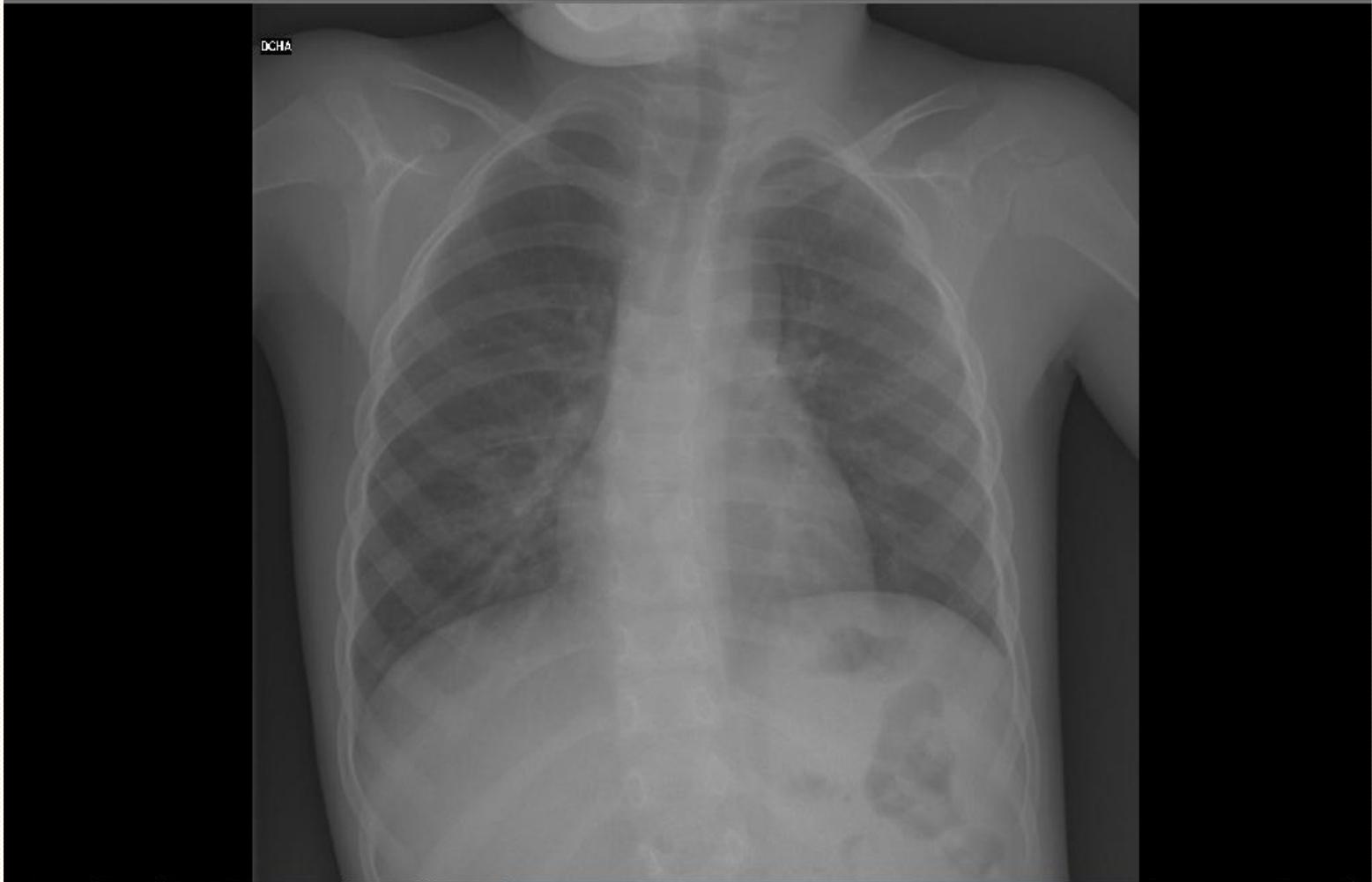
- Tras el ingreso hospitalario se habla con la madre para revisar historia y comenta que el padre había sido diagnosticado de TB y realizado tratamiento incompleto con aparición reciente de tos y esputos sanguinolentos.
- El hospital realiza estudio en la madre en la que se confirma también la TB.
- Entre los convivientes en el piso de acogida ( 2 adultos y 4 menores) los estudios son negativos.



# Tras el ingreso

- El paciente inicia tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida y Etambutol dos meses y cuatro más con Isoniacida más Rifampicina.
- La evolución es buena, recuperando el apetito a los pocos días de iniciar el tratamiento . No presentó ninguna complicación.
- La madre también realizó tratamiento, con evolución favorable.

# Hallazgos radiográficos a los 6 meses tras tratamiento





# RECORDANDO DÍA A DÍA LO QUE SABEMOS



- La apertura de la historia clínica a un paciente es un acto médico imprescindible y de gran importancia.
- La recogida de los antecedentes clínicos personales y familiares no ha perdido su trascendencia en el manejo de los procesos asistenciales.
- Parece que la TB no es percibida por la población como una enfermedad a notificar cuando se realiza la historia clínica.



# RECORDANDO DÍA A DÍA LO QUE SABEMOS

Se reconocen como grupos de riesgo para la TB:

- Los niños que proceden de zonas con tasa de incidencia alta (por origen o viaje con estancia superior a un mes)
- Los que han estado en contacto con personas que tienen TB activa e inmunodeprimidos.
- Los que pertenecen a grupos marginales o de nivel socioeconómico muy bajo.
- Menores en instituciones de ingreso crónico (prisiones, residencias de atención a discapacitados graves, centros de acogida, etc.).



# RECORDANDO DÍA A DÍA LO QUE SABEMOS



- La anamnesis es crucial en pediatría, especialmente ante cuadros infecciosos contagiosos y con poca expresividad clínica o ante procesos que cursan con síntomas inespecíficos como sucede en la TB.
- Aunque es frecuente no encontrar antecedente de contacto con enfermos TB conocidos en la familia o el entorno de los niños con TB, siempre debe preguntarse por ellos.
- También debe preguntarse por situaciones potencialmente de riesgo en las que no solo hay que pensar ante la existencia de síntomas, sino en las que se recomienda realizar cribado activo.

**<http://www.aepap.org/previnfad/tbc.htm>**