

Carteles Zoquipan 2018

Autor / Co-Autores	Hospital	Teléfonos:	e-mail:
AARON AVALOS ROBLES	HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE	318284338	AARA960503HSLVBR03
IGNACIO GARCIA MEDINA			GAMI920306HJCRDG00
MARIA JOSE OBESO ACEVES	HOSPITAL GENERAL DE OCCIDENTE	3318220377	OEAJ941126MJCBCS01
OMAR ENRIQUEZ CISNEROS	ZOQUIPAN	3313886330	EICO800427HCLNSM03

CASO CLINICO : 2024 / 0028

Titulo:

Tuberculosis miliar: pulmonar y meníngea. Reporte de caso en lactante previamente sano sin aplicación de vacuna BCG

Tipo de trabajo:

CASO CLINICO

Introducción:

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa producida por *Mycobacterium tuberculosis* (MTB), bacilo ácido-alcohol resistente (BAAR). La infección se transmite por vía respiratoria, inhalando gotitas contaminadas procedentes de enfermos bacilíferos (baciloscopia positiva en esputo). El diagnóstico de infección o enfermedad en un niño es siempre un ?evento centinela? que refleja la transmisión reciente de MTB en la comunidad; aunque no lo demostremos, siempre hay un adulto cercano con enfermedad bacilífera. El desarrollo de una u otra situación dependerá de la intimidad del contacto con la fuente bacilífera, la cantidad de bacilos de la fuente, la duración de la exposición, la situación inmunológica y la edad del niño. El riesgo de desarrollar enfermedad tras la primoinfección, así como de padecer formas graves, es mayor en menores de un año. Representa la primera causa de mortalidad por un único agente infeccioso en la infancia, especialmente en menores de cinco años. Por cada niño enfermo de TB, se estima que existen diez niños infectados de forma latente, quienes, no habiendo desarrollado aún la enfermedad, son el reservorio de la TB de los próximos años. Si bien la tuberculosis infantil representa entre el 3% y el 40% del total de los casos de tuberculosis, su mayor incidencia se presenta en países con alta endemia.

Objetivos:

Reportar el caso de lactante con diagnóstico de enfermedad infecciosa prevenible por vacunación y que constituye un problema de salud pública en nuestro país, ya que se presentan 4 casos por cada 100 mil habitantes de los cuales el 10% corresponden a población pediátrica y el grupo etario de menores 5 años con esta infección tiene mayor riesgo de presentar tipos potencialmente mortales de la enfermedad y resaltar que la sospecha es el pilar diagnóstico fundamental para detectar la TBC en la población infantil.

Material y Métodos:

Se trata de un lactante masculino de 1 año y 3 meses de edad que ingresa a la unidad hospitalaria presentando pérdida de peso aproximada de 1.500kg en periodo de tres semanas, además de regresión en el neurodesarrollo perdiendo la capacidad de sedestación, gateo y de lenguaje, además presentando oftalmoplejia unilateral con movimientos de chupeteos intermitentes. Sin presencia de fiebre en ningún momento de la evolución. No presenta antecedentes patológicos previos, sin embargo, se encuentra dentro de su vivienda con hacinamiento y sin ninguna vacuna recibida desde el nacimiento, al igual que todos los miembros de la familia. Al ingreso hospitalario se evidencian múltiples adenopatías palpables (cervicales, axilares e inguinales), además de hepatomegalia 3cm debajo del reborde costal. En la radiografía de tórax se evidencia múltiples infiltrados micronodulares y una lesión radiopaca en ápice derecha con primera sospecha diagnóstica por patrón referido en tuberculosis miliar, se realiza una resonancia de tórax por lesiones mencionadas concluyendo zonas de consolidación sugestivas de proceso infeccioso. Debido a la presencia de alteraciones en el neurodesarrollo y dentro de la exploración neurológica se realiza tomografía de cráneo con evidencia

Carteles Zoquipan 2018

de hipodensidad a nivel de los núcleos de la base del lado izquierdo; y en la resonancia magnética se reportan zonas de restricción a la difusión a nivel de la cabeza del núcleo caudado del lado izquierdo y periventricular. Se realiza punción lumbar con envío de muestras para cultivo, panel meningitis/encefalitis, genexpert en líquido cefalorraquídeo (LCR) resultando negativas todas las pruebas, sin embargo, el citoquímico de LCR se reporta: Transparente, Glucosa 27 mg/dl, Cloro 116 mmol/L, Proteínas 82.6 mg/dl con alta sospecha de infección por micobacterium, repitiendo genexpert en jugo gástrico resultando positiva, confirmando el diagnóstico reportado.

Resultados:

no aplica para caso clínico

Conclusiones:

Es fundamental la colaboración multidisciplinaria para poder atajar la TB en niños en todos sus aspectos. El pediatra de Atención Primaria juega un papel básico en la detección precoz de situaciones de riesgo o casos sospechosos. La carga de la enfermedad tuberculosa en la población pediátrica es el reflejo de una transmisión sostenida en la comunidad que requiere mantener las medidas de control en la población. De ahí la importancia de la sensibilización del personal de salud para instituir, en forma temprana, la profilaxis en los niños expuestos y el tratamiento oportuno del paciente pediátrico con tuberculosis.