

Tuberculosis congénita una patología rara pero presente: reporte de caso^a

MÓNICA HOLGUÍN B.¹, LORENA GARCÍA A.², SHARON MEDINA B.³

Congenital tuberculosis a rare but present pathology: case report

Congenital tuberculosis is identified as one of the main causes of infectious mortality in childhood, particularly in children under five years old. In newborns, tuberculosis is rarely included within the diagnostic spectrum of causes of sepsis; late identification can contribute to a high mortality rate for the mother-child pair. The case of a premature male newborn at 30 weeks in the context of maternal mortality is presented, who was diagnosed with severe perinatal asphyxia and sensitive congenital pulmonary tuberculosis, with a favorable response to tetravalent treatment, with a negative culture control at two months; however, he died in the third month of treatment due to neurological complications. Additionally, it was not possible to establish the diagnosis of maternal tuberculosis, because she was admitted to the emergency room at 30 weeks of gestation, without prenatal care due to obstructive shock. This case highlights the importance of prenatal care and the identification of curable pathologies such as tuberculosis at this stage.

Keywords: Tuberculosis; Tuberculosis, Pulmonary; Infant, Newborn; Prenatal care; Pregnancy

Resumen

En los recién nacidos rara vez la tuberculosis se incluye dentro del espectro diagnóstico de causas de sepsis; la identificación tardía puede contribuir a un alto índice de mortalidad para el binomio madre-hijo. Se presenta el caso de un recién nacido masculino prematuro de 30 semanas en el contexto de una mortalidad materna, que fue diagnosticado con asfixia perinatal severa y tuberculosis pulmonar congénita sensible, con respuesta favorable al tratamiento tetravalente, con control de cultivo a los dos meses negativo. Sin embargo, falleció al tercer mes de tratamiento debido a complicaciones neurológicas. Además, no fue posible establecer el diagnóstico de tuberculosis materna por cuanto ingresó a urgencias a las 30 semanas de gestación, sin controles prenatales por un shock obstrutivo. Este caso destaca la importancia de los controles prenatales y la identificación en esta etapa de patologías curables como la tuberculosis.

Palabras clave: Tuberculosis; Tuberculosis Pulmonar; Recién Nacido; Atención prenatal; Embarazo.

^a La presentación de este artículo cuenta con la aprobación del Comité de Ética de Investigación en Salud: CEIS, Hospital Regional de la Orinoquía. (Acta 003-25).

¹ Médico. Epidemiólogo, Departamento de Pediatría del Hospital Regional de la Orinoquía, Yopal, Casanare, Colombia. Orcid :0000-0002-0362-9408

² Médico Epidemiólogo, Líder del grupo investigación GIHORO, Hospital Regional de la Orinoquía, Yopal, Colombia. Orcid: 0000-0001-9557-0900

³ Estudiante de medicina, Hospital Regional de la Orinoquia, Yopal, Colombia. Orcid:0000-0002-1410-8173

Introducción

La tuberculosis (TB) es la principal causa de mortalidad infecciosa en la infancia, especialmente en menores de cinco años¹⁻⁵. Por cada niño enfermo de TB, se estima que existen diez niños que portan la infección de manera latente. Estos niños que aún no han desarrollado la enfermedad son el reservorio de la TB de los próximos años³. En el año 2023, la tuberculosis volvió a convertirse en la principal causa de muerte por enfermedades infecciosas en el mundo, superando al COVID-19^{4,5}. Durante el embarazo la TB genera síntomas muy inespecíficos (fiebre, tos persistente, letargo, pérdida o falta de aumento de peso) o síntomas graves atípicos en casos de tuberculosis extrapulmonar³⁻⁵. Con frecuencia, la enfermedad se presenta en un estado subclínico, lo que retrasa el diagnóstico debido al bajo índice de sospecha y favorece el desarrollo de complicaciones obstétricas como aborto, preeclampsia y metrorragia^{4,7}. Además, el feto puede verse gravemente afectado, presentando un riesgo de dos veces mayor de parto prematuro, bajo peso al nacer y retardo del crecimiento intrauterino, así como un riesgo de seis veces de muerte perinatal⁸.

En Colombia en el año 2024 se registraron 20.832 casos nuevos de TB, de los cuales el 2,2% correspondió a niños principalmente menores de 15 años³.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda someter a una prueba rápida de diagnóstico molecular a todas las personas con signos y síntomas de tuberculosis, como prueba inicial. Las pruebas rápidas de diagnóstico recomendadas por la OMS (técnicas de amplificación de ácidos nucleicos como el Xpert MTB/RIF Ultra y Truenat) son muy precisas y ayudan a mejorar notablemente la detección temprana de la tuberculosis, incluida la farmacorresistente⁶⁻⁸. El diagnóstico de la tuberculosis congénita (TBC) puede resultar complicado en ausencia de historia clínica sugestiva de infección en la madre; en el recién nacido los signos clínicos pueden ser poco distintivos e inespecíficos. En la práctica, se suele sospechar sepsis neonatal, por lo que se inicia manejo antibiótico empírico⁹. La orientación diagnóstica comienza con estudios de imagen, radiografía de tórax, ecografía, tomografía, y búsqueda de confirmación microbiológica a través de pruebas moleculares y cultivo, en aspirados gástricos, líquido ascítico, biopsia de ganglio linfático, aspirado endotraqueal, médula ósea y líquido cefalorraquídeo. En muchos casos, la tuberculosis materna sólo se diagnostica después de la confirmación en el recién nacido.

La TBC es extremadamente rara si la gestante recibe un tratamiento eficaz y oportuno. Sin embargo, si se confirma el diagnóstico en el neonato, el tratamiento debe iniciarse de inmediato. El tratamiento consiste en un esquema estandarizado con rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol (RHZE) durante los primeros dos meses, seguido de isoniacida y rifampicina por al menos cuatro meses adicionales³⁻⁵. La tuberculosis congénita rara vez se incluye dentro del espectro diagnóstico en neonatos enfermos; y la detección tardía puede contribuir a una elevada mortalidad. En este artículo, se presenta el caso de un recién nacido prematuro en el contexto de una mortalidad materna que fue diagnosticado con tuberculosis congénita sensible.

Reporte de caso

Neonato masculino, producto de embarazo de 30 semanas de gestación, madre de 19 años, sin controles prenatales y perteneciente a un nivel socioeconómico bajo. Habitante de calle durante los últimos tres años, con antecedente de consumo de sustancias psicoactivas, al parecer suspendió el consumo durante la gestación. Durante la gestación presentó síntomas respiratorios durante tres meses que gradualmente fueron aumentando, presentando disnea moderada a severa, lo que motivó la consulta por urgencias. Fue diagnosticada con shock obstructivo secundario a una pericarditis y desnutrición, por lo que fue sometida a una cirugía de urgencia. Durante el procedimiento quirúrgico, presentó un paro cardiorrespiratorio, lo que llevó a la realización de una cesárea de emergencia y finalmente la madre falleció durante la atención quirúrgica.

Dentro de los registros se encontraron los siguientes resultados en los exámenes de laboratorio de la madre: VIH negativo, Sífilis negativo, HBsAg (Antígeno de Superficie de la Hepatitis B) negativo, toxoplasma negativo; posteriormente la muestra de líquido pericárdico fue cultivada con reporte negativo para *Mycobacterium tuberculosis* y otros gérmenes. En el líquido pleural se reportó crecimiento de *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus epidermidis* y *Stenotrophomonas maltophilia*, sin destacar otros estudios adicionales.

Con respecto al neonato prematuro, este pesó 1530 gramos, con perímetrocefálico de 32 cm, talla de 49 cm y presentó un APGAR de 3 al minuto, de 3 a los cinco minutos y de 5 a los diez minutos. Al nacimiento estaba hipotónico, sin llanto espontáneo, mal perfundido, sin respuesta

muscular; se realizó pinzamiento temprano del cordón umbilical; posterior al secado y la estimulación durante 30 segundos sin lograr respuesta, por lo cual realizaron maniobras de reanimación avanzada con retorno de circulación espontánea a los 2 minutos; fue intubado y trasladado a la unidad de cuidados intensivos (UCI) con diagnóstico de asfixia perinatal severa con alto riesgo de sepsis neonatal temprana. Se inició tratamiento antibiótico con ampicilina y gentamicina, líquidos endovenosos, cafeína y dobutamina. Los reportes de los análisis realizados revelaron una concentración de hemoglobina de 9,9 mg/dl por lo cual fue transfundido en dos tiempos con 20 y 42 ml de glóbulos rojos. La gasometría arterial (PO_2 : 108 mmHg; pH:7,14; PCO_2 :39 mmHg; $[\text{HCO}_3]$:13,3 mEq/l) indicó que cursaba con acidosis metabólica severa no compensada e hiperlactatemia (6,4 moles/l; VN: 1-1,5).

A los diecisiete días de estar en UCI, el neonato continuó con aspecto séptico, mal perfundido, presentando apneas y fiebre de 38,7°C por lo cual se ajustó el antibiótico con medicamentos de segunda línea vancomicina y cefepime. Se realizaron análisis de laboratorio y una radiografía de tórax (Figura 1) en la cual se informó la presencia de radiopacidad multilobar más atelectasia apical derecha. Sin embargo, al ser revisada por los especialistas concluyeron que su aspecto era normal. Sin embargo, decidieron descartar tuberculosis por lo cual indicaron realizar estudios para detectar TB.

Los análisis de laboratorio mostraron elevación de reactantes de fase aguda y leucocitosis con neutrofilia, por lo cual nuevamente se modificó el tratamiento antibiótico iniciándose terapia con linezolid 10 mg/kg EV cada 8 horas

y meropenem 60 mg/kg EV cada 8 horas. El paciente requirió oxígeno por cánula nasal de alto flujo durante 15 días para lograr saturaciones de oxígeno mayores a 94%, persistió la irritabilidad, fiebre y escasa ganancia de peso corporal en las primeras tres semanas de vida. Se efectuó aspirado traqueal y lavado gástrico y se ordenó realizar cultivo para micobacterias en medio líquido (MGIT), pruebas moleculares y de sensibilidad a fármacos, PCR en tiempo real GeneXpert. En las muestras de aspirado traqueal y lavado gástrico se detectó complejo *Mycobacterium Tuberculosis*, sensible a rifampicina. La prueba molecular en líquido céfalo-raquídeo se reportó negativa para *M. Tuberculosis*. Se realizó serología VIH con reporte negativo y glucosa normal. Posteriormente se ordenó iniciar tratamiento antifímico para tuberculosis sensible fase intensiva de acuerdo al peso corporal del paciente (1.850 gramos): RHZE (Rifampicina + Isoniazida + pirazinamida + Etambutol) por 56 dosis de lunes a sábado.

Se efectuó notificación del evento y educación a la familia del paciente, con énfasis en la importancia de la adherencia al tratamiento y al seguimiento. El tratamiento fue tolerado por el paciente, las pruebas de función renal y hepática revelaron normalidad, el neonato mejoró ostensiblemente sus síntomas respiratorios y fue trasladado al área de hospitalización.

Se decidió dar el egreso al paciente 15 días posterior al inicio del tratamiento antituberculoso. El paciente presentaba entonces un peso de 2.670 gramos y su estado neurológico correspondía a una asfixia perinatal severa, dado los riesgos inherentes de la prematuridad extrema. La video telemetría había reportado actividad epileptiforme focal fronto-central izquierda en tratamiento con levetiracetam.

A su egreso del hospital se indicó que el paciente debía continuar asistiendo al programa madre canguro y al programa de tuberculosis para la supervisión del tratamiento con orden de realizar cultivos en contenido gástrico cada dos meses en la primera fase. El cultivo a los dos meses fue reportado como negativo y en el mes siguiente, el paciente falleció por motivos asociados a la prematuridad y la asfixia perinatal severa.

Discusión

La tuberculosis pulmonar durante el embarazo representa un desafío diagnóstico, especialmente en pacientes con síntomas respiratorios recurrentes que no responden al tratamiento antibiótico^{8,9}. En este caso no fue posible diagnosticar a la ma-

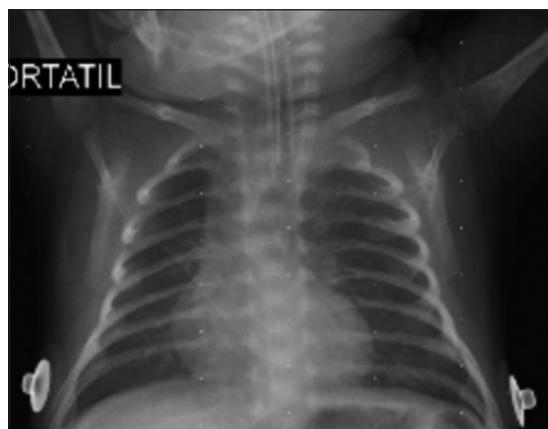


Figura 1. Radiografía de tórax en proyección posteroanterior en decúbito supino: normal.

dre por cuanto no acudió a controles prenatales, lo que impactó en un desenlace fatal, con una alta sospecha de mortalidad secundaria a tuberculosis.

La tuberculosis perinatal es aquella que ocurre en el útero, al nacer o durante el período neonatal temprano⁸⁻¹⁰. Según la definición enunciada por Beitzke, y relacionada con los criterios diagnósticos de Cantwell, se considera tuberculosis congénita cuando el recién nacido o lactante presenta lesión tuberculosa comprobada y al menos uno de los siguientes criterios: síntomas en la primera semana de vida, lesión hepática primaria o un granuloma hepático caseoso, infección tuberculosa de la placenta o del tracto genital materno y exclusión de infección posnatal¹⁰⁻¹². En el caso presentado se cumple al menos el primer criterio diagnóstico, no obstante, la confirmación diagnóstica se logró en la segunda y tercera semana de vida.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes aparecen entre la segunda y tercera semana de vida, incluyendo hepatoesplenomegalia (65–100%); dificultad respiratoria (70%); fiebre (50–100%); linfadenopatías (38%); y escasa ganancia de peso, irritabilidad y letargo (20–40%). La similitud de estos síntomas con los de la sepsis neonatal, retrasa el inicio del tratamiento adecuado¹².

En el caso presentado, el tratamiento inicial se fundó en la sospecha de sepsis que no respondió a dos terapias antibióticas empíricas, lo que condujo a la realización de estudios adicionales por la posibilidad de tuberculosis, considerando los antecedentes maternos.

Marín-Mundo et al. presentaron un recién nacido de sexo masculino con fiebre y tos de 3 días, hepatomegalia de 4,5 cm, sin adenopatías con radiografía de tórax con infiltrado nodulillar difuso bilateral compatible con diseminación miliar tuberculosa. La infección tuberculosa se confirmó mediante tinción de Ziehl-Neelsen BAAR +++ en 3 muestras seriadas de líquidos gástricos y secreción traqueal y GENEXPERT detectó *M. tuberculosis* en secreción traqueal. Se instauró terapia antibacilar con respuesta favorable¹³.

Ese caso contrasta con el caso presentado en el cual no se evidenciaron alteraciones radiológicas, la sospecha diagnóstica se inició por los síntomas de dificultad respiratoria persistente y la ausencia de respuesta a los esquemas de antibióticos usados.

En consideración a los antecedentes maternos de consumo de sustancias psicoactivas y de ser habitante de calle se consideró la posibilidad de una tuberculosis extrapulmonar o tuberculosis genital femenina, las cuales no fueron estudiadas

y no existe la certeza de si existía la infección. Se ha reportado TB congénita en los recién nacidos, de bajo peso al nacer, con APGAR bajo, y no se ha asociado con resultados perinatales adversos⁶⁻¹⁴, relacionado con la descripción del cuadro clínico del neonato, el cual, a pesar del diagnóstico tardío, respondió favorablemente al tratamiento antifímico.

Las pruebas diagnósticas de primer nivel, incluyen las pruebas moleculares y el cultivo, debido que en la TB congénita la carga bacilar es alta, esto permite realizar un diagnóstico precoz y detectar simultáneamente si existen mutaciones de resistencia a isoniazida y rifampicina en comparación con la tuberculosis posnatal⁷⁻¹⁵. En el paciente presentado el cultivo fue positivo para *Mycobacterium tuberculosis* y sin mutaciones de resistencia a rifampicina, lo que permitió iniciar el tratamiento antituberculoso.

La tomografía de tórax es una herramienta sensible para identificar estos patrones y facilitar un diagnóstico oportuno³⁻⁸. La radiografía de tórax en neonatos con tuberculosis congénita puede mostrar desde resultados normales hasta hallazgos patológicos. Entre los más frecuentes se encuentran el patrón miliar, intersticial, consolidación, cavitación, múltiples nódulos, linfadenopatías hiliares y mediastinales⁵⁻¹⁰. En este caso la radiografía portátil de tórax fue informada como patológica; sin embargo, al revisarla los médicos tratantes, encontraron que se trataba de una radiografía normal, a pesar de lo cual se empeñaron en descartar una posible tuberculosis y llegaron al diagnóstico de TB al efectuar pruebas moleculares en muestra del aspirado traqueal y del lavado gástrico.

Conclusión

El diagnóstico de TB congénita necesita una evaluación minuciosa de las condiciones maternas y del recién nacido. Ante la carencia de referencias sobre infección o enfermedad de TB en la madre, se dificulta plantear el diagnóstico de TB congénita. En este caso a pesar de la imposibilidad de identificar y/o confirmar la infección por *M. tuberculosis* en la madre, la sospecha es considerablemente elevada, considerando la presencia de factores habitualmente asociados a TB como lo son el consumo de sustancias psicoactivas, la desnutrición y la residencia en condiciones de calle, factores que podrían haber jugado en su contra con un desenlace fatal. En el neonato se identificó tardíamente la presencia de una tuberculosis congénita sensible. En este caso la confirmación

diagnóstica se logró entre la 2^{da} y 3^{ra} semana de vida, luego de constatar una ausencia de respuesta a terapia antibiótica convencional en un hijo de madre con numerosos factores de riesgo de TB. Este caso además de relevar la trascendencia de llevar a cabo periódicamente los controles prenatales y la identificación en de patologías tratables en esta etapa, pone en evidencia la importancia de incluir la tuberculosis en el espectro diagnóstico en las condiciones de este tipo de casos en las que se pueden agregar factores epidemiológicos para el desarrollo de TB.

Referencias bibliográficas

1. NEWBERRY DM, ROBERTSON B, TRACEY DNP. Congenital Tuberculosis: A New Concern in the Neonatal Intensive Care Unit. *Adv Neonatal Care*. 2018;(5):341-9.
2. SHAO Y, HAGEMAN JR, SHULMAN ST. Congenital and Perinatal Tuberculosis. *Neoreviews*. 2021;22(9):e600-5.
3. WHO. Global Tuberculosis Report 2024. Disponible en: <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2024>
4. ORAZULIKE N, SHARMA JB, SHARMA S, UMEORA OUJ. Tuberculosis (TB) in pregnancy - A review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021; 259:167-77.
5. MATHAD JS, GUPTA A. Tuberculosis en mujeres embarazadas y en posparto: epidemiología, tratamiento y lagunas en la investigación. *Clin Infect Dis*. 2012; 55: 1532-49.
6. ZHU Y, BAI H, ZHAO M, YANG X, HUANG Y, XU L, et al. Clinical analysis of 20 cases of perinatal tuberculosis. *BMC Infect Dis*. 2024;24(1):1190.
7. TAMURA K, KAWASUJI H, TACHI S, KAWASAKI Y, NAGAOKA M, MAKIMOTO M, et al. Congenital tuberculosis in an extremely preterm infant and prevention of nosocomial infection. *J Infect Chemother*. 2019;25(9):727-30
8. MORA-BAUTISTA VM, CALA-VECINO LL. Tuberculosis congénita, tras un enemigo oculto. *Infectio*. 2016;20(3):172-5.
9. FERRERAS-ANTOLÍN L, CARO-AGUILERA P, PÉREZ-RUIZ E, MORENO-PÉREZ D, PÉREZ-FRÍAS FJ. Perinatal tuberculosis: Is it a forgotten disease? *Pediatr Infect Dis J [Internet]*. 2018;37(3): e81-3.
10. INDA L, PÉREZ MG, TAICZ M, CASIMIR L, BOLONIA R. Tuberculosis congénita. *Un Pediatr (Barc)*. 2013;79(3):198-200.
11. CANTWELL MF, SHEHAB ZM, COSTELLO AM, SANDS L, GREEN WF, EWING EP JR, et al. Brief report: congenital tuberculosis. *N Engl J Med*. 1994 Apr 14;330(15):1051-4.
12. REYES A, HERNÁNDEZ M, DELPIANO L, IZQUIERDO G, COFRÉ F, ARAVENA M, et al. Tuberculosis: un reto en la atención del recién nacido y cómo enfrentarlo. Documento de Actualización. *Rev Chil Infectol* 2020;37(1):51-63.
13. MARÍN-MUNDO L, CUELLAR CMD. Tuberculosis congénita: a propósito de un caso. *Rev Inst. Med. Trop.* 2023;18(2): 51-61.DOI:10.18004/imt/2023.18.2.8
14. MORENO-PÉREZ D, ANDRÉS MARTÍN A, ALTET GÓMEZ N, BAQUERO-ARTIGAO F, ESCRIBANO MONTANER A, GÓMEZ-PASTRANA DURÁN D, et al. Diagnóstico de la tuberculosis en la edad pediátrica. Documento de consenso de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP) y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP). *An Pediatr (Barc)*. 2010;73(3):143.e1-143.14.
15. SHAMBHAVI, KUMAR A. Congenital Tuberculosis: A silent foe. *Trop Doct*. 2022;52(4):598-601.

Correspondencia a:

Dra. Mónica Holguín Barrera
Departamento de Pediatría,
Hospital Regional de la Orinoquía
Calle 15#17-31 Yopal, Colombia-
E-mail: investigacion@horo.gov.co

Comentario sobre tuberculosis congénita

En el año 2024, a nivel mundial un estimado de 10,7 millones de personas enfermaron por tuberculosis (TB). La región de las Américas registra el 3,3% de la carga de TB, con un aumento de la incidencia por cuarto año consecutivo, siendo la edad más frecuente de presentación en mujeres, entre 25 y 34 años, es decir en edad fértil.

La TB en el embarazo es más frecuente en países de alta endemia y a su vez el riesgo de reactivar una TB latente es más alto durante la gestación (y aún mayor en el periodo post- parto) que en la población general, por lo que el tamizaje de TB en embarazo es mandatorio.

No hay un registro de TB en el embarazo a nivel mundial, como tampoco de TB congénita (TBC), esta última, subdiagnosticada, subnotificada, y afortunadamente rara.

En Chile, al igual de lo que publica la literatura, en el 75% de los casos de TBC, el lactante es diagnosticado antes que la madre, no por falta de clínica, sino por no considerar los síntomas que refiere la gestante de manera oportuna.

Señalaré 4 puntos importantes basados en nuestra experiencia:

1. Estudio

Las vías de transmisión son transplacentarias (hematógena) o a través de canal de parto por inhalación o ingestión de líquido infectado, siendo los más afectados pulmones 97% y órganos intraabdominales 75% (bazo, hígado, intestino, ganglios). Sin embargo, es una enfermedad diseminada, multiorgánica, que obliga a estudiar los sitios mencionados, especialmente con imágenes como radiografía tórax y abdomen, ecografía abdominal, tomografía computarizada (TC) con contraste de tórax, abdomen, pelvis, resonancia nuclear (RNM) con gadolinio para evaluar compromiso de sistema nervioso central, además de la punción lumbar. Cualquier líquido anormal: pleural, pericárdico, ascítico, debe ser estudiado con estudio citoquímico y citológico, además de PCR para complejo *Mycobacterium tuberculosis* (C. MTB), ya que un aumento de celularidad con predominio linfomonocitario, con o sin aumento de proteínas, ayuda a la orientación diagnóstica, los tejidos además del estudio anatopatológico deben ir a estudio molecular.

2. Confirmación diagnóstica y tratamiento

La carga bacilar en la TBc (a diferencia de los niños) es muy alta, por lo que el rendimiento del estudio molecular (PCR para C.MTB) es muy alto, al igual que el cultivo, no se recomienda baciloscopía. Por esta razón, la primera fase de tratamiento, por recomendación de expertos, suele alargarse a 3 o 4 meses, sin control bacteriológico mensual como en adultos, y con una duración total de al menos 12 meses. Aunque la terapia recomendada sigue siendo: Isoniacida (HIN)/ Rifampicina (RIF)/ Pirazinamida (PZ) /Etambutol (ET), sobre el 50% son casos gravísimos manejados en UCI, con ventilación mecánica invasiva (VMI), drogas vasoactivas, en que se agrega mala absorción intestinal, que requiere uso de terapia endovenosa. En Chile disponemos de HIN y RIF EV, que usado con al menos una droga de segunda línea con buena llegada a parénquima cerebral y meninges como es levofloxacino, se logra una buena actividad bactericida que puede salvar la vida del lactante. El hallazgo de neuro TB implica uso de corticoides, al igual que en compromiso pericárdico, peritoneal, adenopatías intratorácicas que comprimen vía aérea y en pacientes graves.

3. Criterios de Cantwell

Como han mencionado las últimas publicaciones y de acuerdo con nuestra experiencia, al igual que las modificaciones a los iniciales criterios de Beitzke realizados por Cantwell, con los avances tecnológicos, estas últimas han de evaluarse en consenso mundial. Siguiendo el orden de los criterios de Cantwell; nuestros pacientes eran “enfermos graves sin diagnóstico con afectación de más de un sistema” con demostración de C. MTB en PCR y cultivo, y: 1) Afectación principalmente de bazo con o sin afectación de hígado, con compromiso pulmonar (con o sin afectación de ganglios intratorácicos) evidenciado en TC de alta resolución 2) Presentación entre los 15 días hasta los 195 días; 3) En ninguno de los casos se recuperó la placenta y 4) En todos se confirmó TB en la madre.

4. Conclusiones

La TBc es una entidad nosológica rara, de difícil diagnóstico y mortalidad sobre 50% aún con terapia adecuada.

Ante la sospecha diagnóstica de TBc, el inicio de terapia no debe esperar confirmación y debe iniciarse lo más precoz posible, simultaneo al estudio y tratamiento de la madre.

El estudio del lactante debe abarcar toda la anatomía corporal, incluyendo neuroimagen por el frecuente compromiso de SNC, para lo cual tomografía y resonancia nuclear con contraste son los exámenes de elección.

Basta la confirmación en un líquido o tejido (esputo, deposiciones, lavado bronco-alveolar, aspirado gástrico, líquido ascítico, etc)

El diagnóstico y tratamiento precoz de una tuberculosis en una gestante, evita una tuberculosis congénita y sus devastadoras consecuencias.

Dra. Mabel Rivas Quintana¹

¹Broncopulmonar infantil Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Referente clínico Tuberculosis pediátrica, Servicio de Salud Metropolitano Central. Comité Terapéutico, Programa Nacional de Control y Eliminación de la Tuberculosis (PROCET)
Email: mabelrivas@gmail.com

Bibliografía

1. WHO. Global tuberculosis report 2025. Disponible en: [/www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025](http://www.who.int/teams/global-programme-on-tuberculosis-and-lung-health/tb-reports/global-tuberculosis-report-2025)
2. CANTWELL MF, SHEHAB ZM, COSTELLO AM, SANDS L, GREEN WF, EWING EP JR, et al. Brief report: congenital tuberculosis. N Engl J Med. 1994; 330(15):1051-4.
3. RIVAS M. Tuberculosis congénita-el desafío parte con la madre. Neumol Pediatr 2022; 17 (3): 86-91.
4. GÖTZINGER F, CAPRILE AA, NOGUERA-JULIAN A, LO VECCHIO A, BAQUERO-ARTIGAO F, ROSAL TD, et al. Paediatric Tuberculosis Network European Trials Group (ptbnet). Clinical presentation, diagnostics, and outcomes of infants with congenital and postnatal tuberculosis: a multicentre cohort study of the Paediatric Tuberculosis Network European Trials Group (ptbnet). Lancet Reg Health Eur. 2025 Apr 19;53:101303.