

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 (hematogena) 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 anatomopatológico 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 baciloscopia. 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.