

Silvina Neyro¹, Analía Toledano², María Cristina Cerqueiro¹, Isabel Squassi¹

¹ *Sección de Tisiología. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG), CABA.*

² *Laboratorio de Biología Molecular. Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutiérrez (HNRG), CABA.*

Correo de contacto: silvinaneyro@gmail.com.ar

Introducción

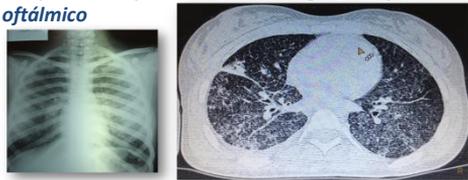
La tuberculosis (TB) es un problema de salud pública a nivel mundial. En nuestro país las tasas permanecen estables con tendencia leve al ascenso (2015: 24.8/100.000). La TB miliar (M) representa el 3,6% de los casos en nuestra serie. Ésta se produce por la diseminación linfo-hemática del bacilo a partir de un foco primario hacia el pulmón y otros órganos. Ante pacientes con TBM es fundamental descartar localizaciones extrapulmonares (XP), las cuales están presentes en más del 60% de los casos. La coriorretinitis, si bien puede encontrarse presente, es excepcional.

Caso Clínico N°1:

Sexo femenino, 13 años, Síndrome (Sme) de Down, eutrófica. Internación 4 meses antes por neumonía (NMN). Consulta en lugar de origen por sme febril prolongado (45 días de evolución). Se realiza PPD: 0mm; serologías (toxoplasmosis, VDRL, HB AgS, CMV, Mycoplasma, Bartonella, HIV, EBV) negativas (neg). Cultivos de sangre y orina, ASTO, FAN, FR: neg. Rx tórax informe oral normal, TAC tórax (Tx), abdomen (Abd) y pelvis preinforme oral normal.

Es derivada al HNRG para evaluación por hematología y reumatología. Se interna en regular estado general, febril, con leve taquípnea, rales subcrepitantes diseminados. Laboratorio normal con PCR 92mg/L, ESD 48mm/1^{ra}hs. Se revaloran imágenes: patrón pulmonar bilateral reticulonodular compatible con TBM.

Se completan estudios para descartar enfermedad XP: citoquímico LCR: 158 cel/mm³ (58% PMN), glu: 30 mg/dl (Glucemia: 84), prot: 42mg/dl; cultivos y PCR para TBC: LCR, sangre y contenidos gástricos (CG) neg; **PCR TB en orina positiva**, cultivo neg. Catastro negativo. Inicia tratamiento (tto) con 4 drogas y corticoides. Egresada afebril, sin efectos adversos. A los 4 meses reingresa por Sme febril inespecífico y autolimitado. TAC Tx mejorada con calcificaciones mediastinales; Abd: calcificaciones esplénicas; fondo de ojo (FO): imágenes puntiformes planas, periféricas bilaterales compatibles con coriorretinitis TB cicatrizal. Se realizan retinografía y tomografía de coherencia óptica: sin secuela en la visión. **Diagnóstico (Dg): TBM con compromiso pulmonar, meníngeo, esplénico y oftálmico**



Angiografía digital: imágenes puntiformes compatibles con lesiones infecciosas sin actividad (concoriorretinitis cicatrizal)

Caso Clínico N°2:

Sexo femenino, 4 meses de edad, eutrófica. Consulta y se interna por NMN persistente, fiebre y dificultad respiratoria progresiva.

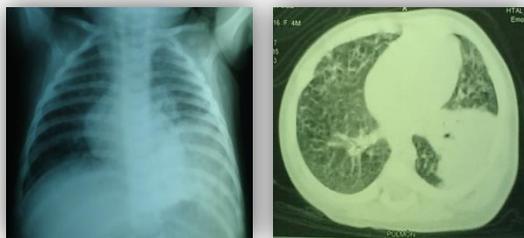
Antecedente: 2 internaciones por NMN sin resolución radiológica.

Se sospecha TB pulmonar por lo que se solicita: PPD: 0mm, TAC Tx: patrón miliar, condensación basal posterior izquierda, adenopatías mediastinales. Se confirma diagnóstico de **TB por cultivo y PCR positivos de CG.**

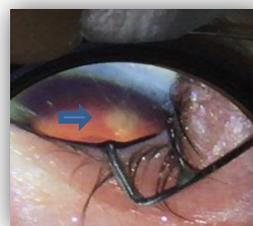
Serología para VIH neg. Inicia tto con 4 drogas que continúa en la actualidad. Ante diagnóstico de TBM se descartan focos XP. FO: lesión perinodular en ojo izquierdo y lesión hipopigmentada en ojo derecho, compatibles con coriorretinitis activa.

Catastro: madre TB pulmonar cavitaria. Hermanos (11 y 9 años) sanos, inician quimioprophilaxis (QMP).

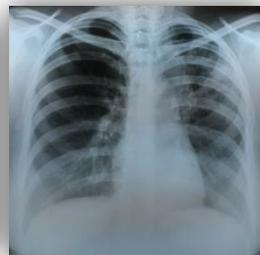
Dg: TBM con compromiso oftálmico



RxTx y TAC de tórax pertenecientes a la paciente



Fondo de ojo:
coriorretinitis aguda



RxTx de la madre de la paciente. Foco primario

Conclusiones

- La TB es una enfermedad proteiforme en pediatría y debe sospecharse ante cuadros insidiosos que no responden al tto habitual.
- Ante la sospecha de TBM es imperioso descartar focos XP precozmente (incluyendo el oftálmico), ya que el dg temprano cambia el pronóstico y sus secuelas.
- El dg precoz del enfermo bacilífero y la QMP oportuna puede evitar que nuestros niños enfermen