

*Sr. Director:*

Después de leer con interés el «Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil»<sup>(1)</sup>, elaborado por el grupo de trabajo «Tuberculosis infantil» de la Sociedad Española de Neumología Pediátrica, documento de gran utilidad para los pediatras en un momento en el que se está asistiendo al resurgimiento de esta enfermedad, desearíamos hacer algunas consideraciones al respecto.

En relación a la quimioprofilaxis secundaria es importante hacer constar que está indicada en todos los niños y adolescentes tuberculín-positivos y sin enfermedad tuberculosa, con independencia de la existencia o no de factores de riesgo<sup>(2-4)</sup>. Esta indicación se basa en que durante la edad pediátrica se cumplen los criterios de que la infección es reciente, por lo que el riesgo de desarrollar la enfermedad es alto, y la toxicidad de la isoniazida es muy poco frecuente. La duración óptima de la quimioprofilaxis secundaria en los niños no está bien establecida, pero, en general, se considera suficiente una pauta de 6 meses<sup>(4)</sup>; si el niño tiene factores de riesgo asociados (convertor reciente, enfermedad o tratamiento inmunosupresor, convivientes de un enfermo bacilífero) debe prolongarse hasta 9-12 meses. Nos permitimos hacer esta aclaración, ya que a la lectura del protocolo no queda suficientemente clara, a nuestro entender, esta indicación general de quimioprofilaxis en la edad pediátrica, que los autores resumen en la tabla X.

Asimismo, nos parece oportuno también hacer una precisión a la carta de Asensi y cols.<sup>(5)</sup>, referida al trabajo anterior, sobre la utilidad del Mantoux. La prueba de la tuberculina como cribaje sistemático en la edad infantil sólo tiene utilidad como marcador epidemiológico para conocer la evolución de la endemia tuberculosa en una población determinada, por ser un indicador indirecto del número de fuentes de contagio que hay en una comunidad<sup>(6)</sup>; además, se realiza en general en muestras poblacionales de una edad concreta. Como afirman los autores de la carta, es cierto que practicar el PPD no tiene contraindicaciones y puede ser útil a cualquier edad, pero desde un punto de vista poblacional y de relación coste/beneficio sólo está indicado realizarlo de forma sistemática en niños pertenecientes a grupos sociales de alto riesgo (inmigrantes de áreas de alta prevalencia, hijos de toxicómanos, convivientes de personas

## La infección tuberculosa en el niño: Algunas precisiones

con infección por el VIH, adolescentes encarcelados, etc.) o en los que presentan factores médicos de riesgo de progresión de la enfermedad (inmunodeprimidos, diabéticos, afectos de insuficiencia renal crónica, linfomas, etc.). Las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría<sup>(3)</sup> y las de la Sociedad Canadiense de Pediatría<sup>(2)</sup> están también de acuerdo con este punto de vista.

En los países desarrollados, la práctica sistemática de la prueba de la tuberculina, así como los programas escolares de cribaje que suelen incluir niños de bajo riesgo, se asocian a una baja detección de resultados positivos del PPD y también a una cifra no despreciable de falsos positivos, lo que conlleva un uso ineficiente de los recursos desde un punto de vista de salud pública. Por tanto, la sensibilidad y la especificidad relativamente débiles de la prueba de la tuberculina, hacen que ésta sea muy útil en las personas con alto riesgo de infección tuberculosa, pero su interés se reduce de manera considerable en los individuos en los que el riesgo de infección es bajo<sup>(2,7)</sup>.

En nuestro país, aunque la prevalencia de tuberculosis es elevada, ésta se concentra en ciertos grupos de riesgo, condicionados por la situación socioeconómica, el riesgo individual de contagio y el estado inmunitario determinado por diversas enfermedades de base o hábitos tóxicos. La vigilancia activa de la infección debe dirigirse, pues, a estos grupos, mediante la realización sistemática del PPD cada 1-2 años, a partir de los 18-24 meses de edad, mientras se mantenga la situación de riesgo<sup>(2,8)</sup>. Por el contrario, en los niños sin factores específicos de riesgo hay que considerar dos situaciones: 1) Niños que residen en comunidades con tasas elevadas de incidencia de tuberculosis, teniendo en cuenta que un vecindario o comunidad de riesgo elevado no significa que todo el país o la ciudad se encuentren en esta situación, ya que existe variabilidad de tasas por regiones o incluso barrios. En este grupo se debe considerar la realización del Mantoux a los 4-6 años y a los 11-16 años de edad, siguiendo las recomendaciones de la última actualización del Comité de Enfermedades Infecciosas de la Academia Americana de Pediatría<sup>(2,3)</sup>; 2) Niños que residen en comunidades con tasas bajas de incidencia de tuberculosis. En este grupo, según el Comité de Expertos en Tuberculosis de la Dirección General de Salud Pública de Cataluña, conviene considerar la realización de la prueba de la tuberculina a los 14-16 años, edad a partir de la cual se ha observado un incremento notable del riesgo de infección en nuestro medio<sup>(8)</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil «Vall d'Hebron». Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona.

## Bibliografía

- 1 Grupo de trabajo «Tuberculosis infantil». Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. *An Esp Pediatr* 1998;**48**:89-97.
- 2 American Academy of Pediatrics. Update on tuberculosis skin testing of children. *Pediatrics* 1996;**97**:282-284.
- 3 American Academy of Pediatrics. Tuberculosis. En: Peter G (ed). 1997 Red Book: Report of the Committee on Infectious Diseases, 24th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 1997. p. 546-548.
- 4 Moraga Llop FA. Quimioprofilaxis en pediatría. Barcelona: Prous Science; 1996. p. 1-19.
- 5 Asensi F, Otero MC, Pérez D, Calvo MA. Utilidad del Mantoux. *An Esp Pediatr* 1998;**49**:105.
- 6 Alcaide J, Altet MN. Epidemiología de la tuberculosis. Moment actual. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:355-358.
- 7 American Academy of Pediatrics. Screening of tuberculosis in infants and children. *Pediatrics* 1994;**93**:131-134.
- 8 Departament de Sanitat i Seguretat Social. Guia per a la prevenció i el control de la tuberculosis infantil. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 1997.

E. Tardío Torío<sup>1</sup>, J. Alcaide Megías<sup>2</sup>,  
M.<sup>a</sup> N. Altet Gómez<sup>3</sup>

*An Esp Pediatr* 1999;**50**:99-100.

*Sr. Director:*

Agradecemos mucho la carta «La infección tuberculosa en el niño: algunas precisiones» de los doctores M. Campins Martí y F.A. Moraga Llop referida al Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil publicado en Anales Españoles de Pediatría<sup>(1)</sup>, pues nos permite constatar y señalar que en el texto definitivo del documento ha ocurrido un error de imprenta que causará confusión en los lectores. Verdaderamente la tabla X del mencionado Protocolo, tal como señalan Campins y Moraga, es confusa, debido a que el duende de la imprenta ha corrido un espacio hacia arriba de las tres columnas de la tabla en las que se agrupan las categorías de edad establecidas. Si mentalmente se corrige este error, se comprueba que la indicación de quimioprofilaxis secundaria en los individuos menores de 20 años de edad es universal, independientemente de la existencia o no de factores o situaciones de riesgo frente a la tuberculosis, lo que concuerda con el criterio que tan brillantemente exponen los autores de la carta.

La carta mencionada cita otra de Asensi y cols.<sup>(2)</sup> que también se refiere al Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. Como no hemos dispuesto de la oportunidad de contestar a Asensi, quisiéramos aprovechar esta oportunidad para hacer algunas puntualizaciones.

La reacción tuberculínica, o cualquier otra exploración que sea útil para evaluar el estado de salud de un individuo, cuanto

## La infección tuberculosa en el niño: Consideraciones

más veces se realice más beneficios de salud puede obtenerse a nivel individual. Pero posiblemente estemos de acuerdo que no por ello se debe indicar la ecografía renal sistemática a una determinada edad o la prueba de tuberculina cada 6 meses. Siempre es necesario conocer qué podemos esperar de lo que solicitamos. Es nuestra intención señalar lo que se debe esperar de las pruebas de tuberculina reiteradas.

Es lamentable que Asensi y cols. no indiquen en su carta cifras concretas, y por tanto comparables; por ejemplo, de los adultos diagnosticados a partir del estudio de contactos de un niño asintomático con Mantoux positivo, o cuántos niños Mantoux positivos descubiertos no pertenecen a grupos de riesgo, pues parece que en Valencia, como en casi toda España, éstas son cifras importantes como para que justifiquen hacer una indicación universal de la prueba de tuberculina reiterativa, ya que una publicación reciente en adolescentes de Puerto de Sagunto<sup>(3)</sup>, de 442 Mantoux practicados, 18 resultaron positivos (4,1%), el 80% con antecedentes de contacto convivientes de enfermos, encontrando un caso de tuberculosis activa, que también era familiar de un enfermo diagnosticado 5 meses antes, o sea, que si se hubiera practicado un correcto estudio de contactos se habrían descubierto. Esta publicación coincide con nuestra experiencia, tras 16 años de realizar amplios cribados con tuberculina a niños de 1.º, 5.º y 8.º de EGB (recientemente 1.º y 5.º de educación primaria y 2.º de ESO) en Cataluña: cada vez hay menos reactores y la mayoría de los que reaccionan son niños con factores sociales, familiares o personales que favorecen la tuberculosis<sup>(4)</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Clínico y S. Juan de Dios, Barcelona. <sup>2</sup>Programa de Prevención y Control de la Tuberculosis en Cataluña. <sup>3</sup>Dispensario de las Enfermedades del Tórax de Barcelona.

Las publicaciones existentes con datos de la prevalencia de la infección tuberculosa indican que actualmente en España la tasa de niños tuberculín-positivos es del 1% a la edad de 6-7 años y del 3% a los 13-14 años<sup>(3-10)</sup> y la incidencia de la infección, es decir, pasar de ser tuberculín-negativo a tuberculín-positivo era en 1981-82 del 1,8% a los 6 años y 3,3% a los 13 años, por cada año<sup>(11)</sup>, y recientemente se ha calculado en 0,96 a 1,42% bianual para niños con edad de 2 años seguidos hasta los 6 años<sup>(12)</sup>. Creemos que estas cifras son suficientes para reafirmarnos en la opinión, que coincide con la de Campins y Moraga, de que la prueba de tuberculina sistemática y repetida no está indicada entre nosotros.

Por último, quisiéramos señalar que nos parece inadecuado y contraproducente que pediatras del prestigio que tienen los autores de las dos cartas comentadas en ésta, sigan fomentando el error de usar como referencia para España las indicaciones de la Academia Americana de Pediatría y de la Sociedad Canadiense de Pediatría, pues es contribuir inadvertidamente al grave error de concepto que se comete habitualmente entre los pediatras españoles de incorporar a nuestra práctica las indicaciones de estas prestigiosas sociedades, por ejemplo, el dintel de positividad de la prueba de Mantoux<sup>(13)</sup>. Y esto es un grave error, porque la situación epidemiológica de USA y Canadá y, por tanto, sus objetivos de salud y prioridades para el control de la tuberculosis son absolutamente diferentes de los nuestros, debido a las abismales diferencias existentes entre la situación epidemiológica nuestra y la de esos países. Lamentablemente somos de los pocos países desarrollados que aún tenemos tuberculosis infantil autóctona y por eso, actualmente, no disponemos de buenos modelos que nos sirvan de referencia.

## Bibliografía

- 1 Grupo de trabajo «Tuberculosis infantil». Protocolo del tratamiento de la tuberculosis infantil. *An Esp Pediatr* 1998;**48**:89-97.
- 2 Asensi F, Otero MC, Pérez D, Calvo MA. Utilidad del Mantoux (Carta). *An Esp Pediatr* 1998;**49**:105.
- 3 Chover JL, Gallardo JA, Guerrero C, Gutiérrez J, Huertas I, De Juan S y cols. Prevalencia de la infección tuberculosa en adolescentes de Puerto de Sagunto (Carta). *Gac Sant* 1997;**11**:301-302.
- 4 Alcaide J. Comentarís sobre el cribatge de la prova de la tuberculina fetal als escolars de Catalunya. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:201-203.
- 5 Alcaide J, Altet MN, Taberner JL, Cobos N, Liñán S, Llorens J y cols. Guia per a la prevenció i el control de la tuberculosis infantil. Quaderns de salut pública, 11. Barcelona: Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya; 1997.
- 6 Collaborative Group for the Study of Tuberculosis in Spain. Epidemiological trends of tuberculosis in Spain from 1988 to 1992. *Tubercle Lung Dis* 1995;**76**:522-528.
- 7 Alcaide Megías J, Altet Gómez MT. Tuberculosis infantil en España (Editorial). *Arch Bronconeumol* 1995;**31**:375-377.
- 8 Villalví JR, Caylà JA, Iglesias B, Ferrer A, Casañas P. The evaluation of tuberculosis infection among schoolchildren in Barcelona and the HIV epidemic. *Tubercle Lung Dis* 1994;**75**:105-109.
- 9 Caminero JA. Situación actual de la tuberculosis en España. *Arch Bronconeumol* 1996;**32**:85-99.
- 10 Alcaide J, Altet MN. Epidemiología de la tuberculosis. Moment actual. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:355-358.
- 11 Alcaide Megías J, Altet Gómez MN, Taberner Zaragoza JL, Salleras Sanmartí LL. Evolució de la infecció tuberculosa en els escolars d'una ciutat de la comarca del Barcelonès. 22 anys de seguiment. *But Soc Cat Pediatr* 1992;**52**:173-178.
- 12 Marès J, Riera G. Cribatge de la infecció tuberculosa en la població infantil: incidència de convertors. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:383-388.
- 13 De Juan F. Unificació de criteris terapèutics en la tuberculosi: justificació de l'esquematització actual de pautes. *Pediatr Catalana* 1997;**57**:377-382.

J. Benito-León, F. Mateos\*, R. Simón\*

*An Esp Pediatr* 1999;**50**:100-101.

*Sr Director:*

Hemos leído con gran interés el artículo de Fargas i Busquets y cols.<sup>(1)</sup> publicado recientemente en Anales Españoles de Pediatría y quisiéramos hacer una serie de puntualizaciones.

Servicio de Neurología. Hospital de la S.S. de Móstoles, Móstoles, Madrid. \*Servicio de Neurología Infantil. Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid.  
Correspondencia: Dr. Julián Benito-León. Avda. de la Constitución 41, 3º dcha. 28820 Coslada, Madrid.

## Consideraciones sobre el artículo: "Oftalmoplejía-ataxia-arreflexia en pediatría. Tres nuevos pacientes y revisión de la literatura"

En 1996 publicamos dos casos de síndrome de Miller Fisher o síndrome de oftalmoplejía-ataxia-arreflexia (SOAR) en 2 pacientes en edad pediátrica<sup>(2)</sup>.

Nuestro primer paciente era un varón de 11 meses, con antecedentes de una infección de las vías respiratorias superiores una semana antes del ingreso, que presentó un cuadro brusco de ataxia, oftalmoplejía y arreflexia. Una resonancia magnética craneal fue normal. Se le trató con inmunoglobulinas endovenosas (400