

Cartas al Editor

Presentación atípica de la tuberculosis

Señor Editor:

Hemos leído con atención y gran interés el artículo publicado en el último número de *Archivos Argentinos de Pediatría* por Ricardo S. Dalamón y col.¹ en relación a la aparición de un caso de tuberculosis congénita. A este respecto, nuestro grupo está por comunicar un caso en España de tuberculosis hepática primaria en un niño de 4 años, que se presentó como síndrome constitucional asociado a dolor en hipocondrio derecho, hepatomegalia de 2-3 cm y lesiones hepáticas multinodulares. Nos gustaría hacer algunas aportaciones a este interesante caso.

Los antecedentes sólo referían un familiar, tosedor con hábito tabáquico. Los resultados de las pruebas complementarias fueron normales, salvo una discreta elevación de las transaminasas y la eritrosedimentación. Las pruebas de imagen mostraron múltiples lesiones nodulares de 2-3 cm. Se descartó un amplio abanico de posibilidades diagnósticas, hasta que una Mantoux positiva permitió realizar un estudio familiar y encontrar un foco índice. Una vez iniciado el tratamiento antituberculoso, el paciente mejoró hasta la resolución total del cuadro.

La incidencia de la tuberculosis está en ascenso en todas las sociedades civilizadas,² como señalan estos casos de presentación atípica, a pesar del importante infradiagnóstico que *per se* conlleva esta patología. De hecho, en la población infantil se describe un aumento exponencial en los últimos tiempos, con cifras de alrededor del 40% para la tuberculosis global en los países en desarrollo, frente al escaso 5% de los países desarrollados. En estos, igualmente, existe un progresivo aumento de la incidencia en la infancia, lo que debe actuar a modo de centinela y jugar un papel fundamental en la elaboración de las estrategias generales de salud pública.²

La tuberculosis extrapulmonar aparece en alrededor del 9-23% de los casos infantiles.³⁻⁵ Se presenta principalmente en forma de linfadenitis (44-67%) seguida por la afectación pleural, meníngea y osteoarticular. Otras presentaciones, como la ocular, genitourinaria o gastrointestinal, suponen en conjunto no más del 2% de todos los casos en países desarrollados.⁶

El caso publicado ilustra la necesidad de hacer mayores esfuerzos para mejorar las posibilidades diagnósticas de la enfermedad tuberculosa, así como

de mantener la sospecha clínica constante en el diagnóstico diferencial. Si bien la evolución fatal de este neonato habría sido difícil de evitar, la sospecha diagnóstica con el antecedente materno podría haber contribuido de forma trascendental a evitarla.

Las técnicas diagnósticas existentes presentan problemas de fiabilidad y reproductibilidad, contratiempos que atentan contra mayores cifras de diagnóstico y para los cuales, actualmente, no existen alternativas útiles.

Finalmente, concordamos con la apreciación de los problemas existentes a la hora de obtener buenos resultados en el diagnóstico y manejo de esta enfermedad, por lo que deberían implementarse mecanismos alternativos a los actualmente existentes para solventarlos y controlar las posibles devastadoras consecuencias de esta enfermedad cuando no se la previene o trata adecuadamente.

Manuel A. Fernández Fernández, J. Brea,
A. Porras González, B. Croche y I. Obando Santaella
Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío.
Sevilla, España.
drlo13@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

1. Dalamon RS, Cantelli SN, Jaroslavsky D, et al. Congenital tuberculosis. Infrequent presentation of a common disease. *Arch Argent Pediatr* 2008; 106(2):143-154.
2. WHO. Global tuberculosis control. Geneva, Switzerland: WHO, 2001.
3. Nelson LJ, Schneider E, Wells CD, et al. Epidemiology of childhood tuberculosis in the United States, 1993-2001: the need for continued vigilance. *Pediatrics* 2004; 114(2):333-41.
4. Starke JR, Taylor-Watts KT. Tuberculosis in the pediatric population of Houston, Texas. *Pediatrics* 1989; 84:28-35.
5. Maltezou HC, Spyridis P, Kafetzis DA. Extra-pulmonary tuberculosis in children. *Arch Dis Child* 2000; 83:342-6.
6. Essop AR, Posen JA, Hodgkinson JH, Segal I. Tuberculous hepatitis: a clinical review of 96 cases. *Q J Med* 1984; 53(212):465-77.

Cada vez menos neonatólogos: ¿crónica de una muerte anunciada?

Señor Editor:

La paráfrasis del título de la obra de García Márquez es intencional. A poco de recibir su Nobel, en el auge del llamado "boom" de la literatura hispanoamericana, el escritor colombiano anunció descarnadamente la declinación de ese fenómeno. Los subsiguientes galardones suecos parecen darle la razón.

Algo similar está ocurriendo actualmente en los foros de debate de la neonatología. Hemos asistido, no sin preocupación, a un marcado desinterés de parte de quienes finalizan su residencia en Pediatría, por acercarse a nuestra sub especialidad. Cifras proporcionadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, hablan con elocuencia: en los últimos años, a pesar del incremento de plazas disponibles en hospitales públicos y privados reconocidos como centros formadores, difícilmente se cubre la cuota disponible. Para el año en curso, se habilitaron 15 plazas. Se presentó un solo aspirante que falló su examen de admisión, por lo que hubo que declarar desierto el concurso.

Otras provincias sufren idéntico problema, en mayor o menor escala. El "boom" de la Neonatología, acelerado en las dos últimas décadas, parece entrar en retroceso. Al mismo tiempo, nuestros colegas de otras especialidades ven colmadas sus expectativas, ya que parece haber un exceso de demanda en otras sub especialidades pediátricas.

La razón de este "desinterés" parece ser multifactorial: las residencias de Pediatría duran tres o cuatro años; la especialización en Neonatología requiere de dos o tres años adicionales. Las guardias exigidas son arduas y laboriosas. El estrés propio de la unidad neonatal es considerable, mientras que los sueldos ofrecidos no difieren sustancialmente del de otros programas de capacitación alternativos.

Por otra parte, al egresar del período formativo, la salida laboral no es demasiado alentadora: solamente se puede desarrollar lo aprendido, en unidades neonatales de envergadura, sean públicas o privadas; los costos de los seguros de mala praxis aumentan con demasiada periodicidad, y las perspectivas del estrés laboral y el *burn-out* a mediano plazo conspiran contra la seducción que esta sub especialidad ejerció hace relativamente poco tiempo.

Los adelantos logrados por nuestra disciplina se han demostrado una y otra vez. Si no tomamos un curso de acción efectivo y urgente, nuestros colegas de Obstetricia contarán cada vez menos con la colaboración de un neonatólogo cercano a su área de trabajo. La Salud Pública perinatal de la nación, se vería comprometida en algún futuro. No se trata aquí de ser agorero, sino de enfrentar un problema creciente. De hecho, la mortalidad infantil en la Provincia de Córdoba ha experimentado un muy leve retroceso en 2007; este hecho se ha registrado en otras provincias también.

La solución no será sencilla: nada lo es. Pero si todos y cada uno de nosotros aporta ideas claras

según su propia óptica y sus necesidades locales o regionales, con la ayuda de la Sociedad Argentina de Pediatría, de los gobiernos provinciales y municipales, y la participación amplia, sincera y completa de la Autoridad Nacional, invitando a un debate sensato y coherente, el primer (y más importante) paso habrá sido dado. El tratamiento de este tema como aspecto central en futuros Congresos de enseñanza de Pediatría y en los de Neonatología, es otro foro de fácil acceso para permitir un intercambio de ideas enriquecedor. Ojala así sea. Y pronto.

Eduardo Halac
Martín P. Moya
José M. Olmas

Departamento de Neonatología. Sanatorio Francés, y Hospital Universitario de Maternidad y Neonatología.
Cátedra de Pediatría.
Universidad Nacional de Córdoba.
Departamento de Capacitación y Docencia del Hospital Materno Provincial de Córdoba.
II Cátedra de Obstetricia y Perinatología. U.N.C.
Correspondencia: Dr. Eduardo Halac
pediatria@sanatorio frances.com

Señor Editor:

Me dirijo a Ud. para informarle que recién ahora hemos notado un error que involuntariamente se deslizó en un artículo que publicamos en su revista sobre radiología de tórax en niños con neumonía.¹

En la página 107, sección Material y métodos, tercer párrafo, dice "El estudio se llevó a cabo durante un año (del 1/01/2002 al 31/12/2002)...", cuando debería decir "El estudio se llevó a cabo durante un año (del 1/01/2003 al 31/12/2003)...".

Atte.

Fernando Torres
Docencia e Investigación
Hospital General de Niños "Dr. Pedro de Elizalde"

1. Torres F, Chiolo MJ, González N, Durán P, Ossorio MF, Rial MJ, Ferrero F. Capacidad para predecir etiología con la radiografía de tórax en niños hospitalizados con neumonía. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(2):106-108.

Señor Editor:

Nos dirigimos a ustedes en relación al artículo publicado en el número del mes de junio de 2008 de *Archivos Argentinos de Pediatría*, sobre "Variabilidad del manejo de la bronquiolitis en el primer nivel de atención al público de la Argentina", con autoría del Dr. Ricardo Bernztein y col.

Compartimos plenamente la preocupación sobre la gran divergencia existente en el manejo de esta patología, pero queremos aclarar algunos aspectos mencionados en un párrafo en el que se hace referencia a la Estrategia AIEPI.

En ese párrafo se expresa que "desde la Estrategia AIEPI se ha aconsejado utilizar antibióticos ante *signos inespecíficos como taquipnea*". En relación al valor de la misma queremos plantear que este signo ha sido valorado en distintos estudios como de alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de *neumonía en niños menores de cinco años*.¹⁻⁶

De hecho, se podría decir utilizando un razonamiento inverso que es muy raro que un niño menor de cinco años tenga *neumonía sin taquipnea*, lo que permitiría contar con un elemento de gran utilidad para decidir el pedido o no de una radiografía de tórax² o de tomar una conducta proactiva en caso de dificultad o imposibilidad de una consulta especializada y evitar de esta forma pérdida de tiempo.

En segundo lugar, la Estrategia AIEPI propone la administración de un antibiótico apropiado frente a un niño con *taquipnea sin sibilancias*. Es inadecuado por lo tanto incluir este comentario referido a la evaluación de *neumonía* en un trabajo dedicado a bronquiolitis porque lleva a confusión. Recomendamos la lectura del capítulo "Sibilancias" de la Estrategia AIEPI.⁷

El espíritu fundamental de la Estrategia AIEPI resalta que la misma debe ser adaptada a las necesidades y realidades de cada región. De manera que, en zonas de fácil acceso a la atención pediátrica en el primer nivel y/o a estudios radiológicos, utilizar este signo como único elemento a tener en cuenta para diagnosticar *neumonía* sería discutible. (Sin embargo, sería interesante evaluar cuántas radiografías de tórax se han pedido innecesariamente por inexperiencia, temor, o dudas diagnósticas, o lo que es peor, cuántas conductas equivocadas se han tomado frente a la incorrecta interpretación de una radiografía). En nuestro país las condiciones de inequidad tanto socioeconómicas como de accesibilidad a la atención pediátrica son una realidad. Otra realidad es que la mortalidad infantil por IRAB ha aumentado en el último año.

El manejo de IRAB mediante la Estrategia AIEPI en distintos países ha demostrado ser una forma

sumamente efectiva de disminuir la mortalidad infantil por esta patología.

Proponemos entonces que no se hagan interpretaciones apresuradas sobre una estrategia que ha demostrado ser altamente efectiva en los lugares donde es correctamente interpretada, adaptada y aplicada.

Saludamos a usted muy atentamente.

Dr. Arnoldo Grosman

Dr. Jorge E. Urman

Dra. Silvana Folgueral

Depto. de Salud Materno Infantil
Universidad Maimónides
grosman.arnoldo@maimonides.edu

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palafox M, Guiscafré H, Reyes H, et al. Diagnostic value of tachypnea in pneumonia defined radiologically. *Arch Dis Child* 2000;82(1):41-45.
2. Taylor JA, Del Beccanon D. Establishing clinically relevant standards for tachypnea in febrile children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995;149(3): 283-7.
3. Harari M, Shanon F, Spooner V. Clinical signs in pneumonia in children. *Lancet* 1991;338(8772): 928-30.
4. Singhi S, Dhawen A, Katania S, et al. Validity of clinical signs for the identification of pneumonia in children. *Ann Trop Paediatr* 1994;14:53-8.
5. Berman S, Simoes EA, Lanata C. Respiratory rate and pneumonia in infancy. *Arch Dis Child* 1991; 66:81-4.
6. Leventhal JM. Clinical predictors of pneumonia as a guide to ordering chest roentgenograms. *Clin Ped (Phila)* 1982; 21 (12):730-4.
7. La atención integrada en las enfermedades prevalentes de la infancia en Argentina para estudiantes de Medicina. Washington: OPS/OMS; 2005.