

Tuberculosis y SIDA pediátrico: a propósito de un caso en Mozambique

Tuberculosis and pediatric AIDS: a case report in Mozambique

Jesús Lazo Cabrera¹, Bárbara del R. Hernández Bravo², María A. Méndez Suárez³.

¹Especialista de Primer Grado en Pediatría. Asistente. Hospital Pediátrico "Pepe Portilla", Pinar del Río.

²Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral. Instructora. Hospital Pediátrico "Pepe Portilla", Pinar del Río.

³Especialista de Segundo Grado en Pediatría. Asistente. Hospital Pediátrico "Pepe Portilla", Pinar del Río.

RESUMEN

La Tuberculosis (TB), es una enfermedad producida por el *Mycobacterium tuberculosis hominis*, bacilo débilmente Gram positivo, aerobio, ácido-alcohol resistente, de aspecto curvo, inmóvil, no esporulado, constituye una de las enfermedades re-emergentes en la infancia a nivel mundial, el Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) es el factor de riesgo mayor para la progresión de la TB. a pesar de que la incidencia de ambas enfermedades es baja con relación a las estadísticas mundiales según la OMS; los estados y autoridades sanitarias ponen el mayor empeño para un control eficaz y manejo adecuado de los casos registrados. Motivados con la presencia del Internacionalismo médico cubano en diversos países fue considerado de interés transmitir una experiencia, presentando el caso de un niño de 4 años de edad, raza negra, procedente de un área rural en Nampula, Mozambique (África), donde el cuadro clínico y los complementarios confirmaron una TB pulmonar, constatando además la presencia de sida (VIH

positivo y linfocitos CD4+ en < 15 %). Se aplicó la terapéutica adecuada siguiendo los protocolos establecidos en Mozambique para ambas enfermedades, que permitió una mejoría del estado clínico e hizo posible un cambio en la calidad y esperanza de vida de este.

Palabras clave: TUBERCULOSIS/diagnóstico, VIH, SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA/terapia.

ABSTRACT

Tuberculosis (abbreviated **TB** for tubercle bacillus or **Tuberculosis**), is a disease caused by *Mycobacterium Tuberculosis Hominis*, weakly Gram-positive bacillus, aerobic, acid-alcohol resistance, of curved aspect, motionless and sporeless. TB constitutes one of the re-emergent diseases in the childhood all over the world. Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is the most important risk factor to the TB development. Despite the incidence of both diseases is low in relation to the worldwide statistics; and according to the *World Health Organization (WHO)*, the states and sanitary authorities are making a great effort to carry out an effective control and an adequate management of the cases recorded. Encouraged by the presence of the Cuban Medical Internationalist Missions in several countries the case is presented in order to transmit experience. A 4-year-old, black boy, coming from a rural region in Mampula City, Mozambique, sub-Saharan Africa; the clinical and laboratory findings confirmed a pulmonary TB, also the presence of AIDS was verified (positive HIV and lymphocytes CD4+ in 15%). An adequate therapeutic taking into account the protocols established in Mozambique for both diseases was followed with the purpose of improving the clinical conditions of the patient, which made possible changes in the quality of life and life expectancy.

Key words: Tuberculosis/diagnosis, HIV, ACQUIRED IMMUNODEFICIENCY SYNDROME/therapy.

INTRODUCCIÓN

Durante la última década del siglo XX e inicios del XXI, el número de casos nuevos de Tuberculosis (TB) aumentó en todo el mundo, el 95 % ocurren en los países subdesarrollados.^{1,2} Según la O.M.S, por día mueren seis mil personas debido a esta enfermedad transmisible, la cual es una de las que más predomina en el cuadro de salud de África, que con el 11% de la población mundial contribuye aproximadamente en un 47 % de los casos notificados anualmente en el mundo.³ El sida es el mayor factor de riesgo identificado para la progresión de la TB (Tuberculosis latente a TB activa), y a su vez, la principal infección oportunista en los niños VIH positivos.^{3,4}

La Organización Mundial de la Salud y los gobiernos de los países, implementan actividades coordinadas en Programas Nacionales para la Tuberculosis y el sida, la meta estratégica es reducir la transmisión de ambas enfermedades, como parte de un esfuerzo general para la reducción de la morbilidad y mortalidad general, de manera particular en la infancia.⁵ Existe una relación cada vez mayor entre la TB y las poblaciones con elevada prevalencia de VIH.^{5, 6} El agente etiológico *Mycobacterium tuberculosis hominis* (Bacilo de Koch: Robert Koch, 1882), bacilo débilmente Gram positivo, ácido alcohol resistente, de aspecto curvo, inmóvil, no esporulado y aeróbico estricto, encuentran más susceptibilidad en aquellas poblaciones VIH positivas, con mayor predominio entre 2 - 8 años de edad.^{5, 7} En Cuba, a pesar que el número de pacientes con estas patologías es bajo respecto a lo reportado en el mundo,⁶ cada vida representa un logro del Sistema Nacional de Salud y se trabaja para un mejor conocimiento y control eficaz de estas enfermedades en todo el territorio nacional.

Con la presentación de este caso donde se constata la relación directa entre TB y sida, se propone transmitir la experiencia del Internacionalismo médico cubano para contribuir al perfeccionamiento de los profesionales de la Salud en su trabajo ante casos como el presentado.

MÉTODO

Presentación de un caso pediátrico, utilizando el método clínico epidemiológico y el procedimiento de análisis documental.

PRESENTACIÓN DE CASO

Niño preescolar, de 4 años de edad, color de la piel (negra), con un (peso: 12,5 kg, talla: 97 cm), procedente de un área rural de la ciudad de Nampula, Mozambique, (África); fue transferido del Centro de Salud Distrital al Hospital por presentar alteraciones del estado general con fatiga, anorexia, pérdida de peso, tos productiva de tres meses de evolución y fiebre vespertina intermitente, acompañada de sudoración. En el examen físico se constató: Hepatomegalia, mucosas hipocoloreadas, aumento de volumen de las parótidas, varias adenopatías, en regiones cervical, supraclavicular bilateral e inguinal de aproximadamente 1-1,5 cm (**Figura 1**) y a la auscultación el murmullo vesicular estaba abolido en la base pulmonar derecha, con matidez a la palpación y retardo de los movimientos respiratorios en el hemitórax derecho. Polipnea superficial ligera.



Figura 1. Adenopatías cervicales y supraclaviculares. Aumento de volumen de parótida (Parotiditis).

Antecedentes patológicos personales: No refieren, y no llevó esquema de inmunización, si BCG al nacer.

Antecedentes patológicos familiares: Madre seropositiva, y no evidencias de contactos con TB.

Complementarios:

Hemograma: Hb: 8.9 gr / dL

Leucocitos: 5.4×10^9 / L

Conteo de plaquetas: 150×10^9 / L

Velocidad de sedimentación globular: 111 mm / h

Test de VDRL: No reactivo

Intradermoreacción de Mantoux: >15 mm

VIH (Enzimonioensayo): Positivo

Recuento total de linfocitos T CD4+: < 500 células CD4+ / mm³

% de linfocitos T CD4: < 15 %

Heces fecales: Negativo

Orina: Normal

Radiografía de Tórax: Opacidad homogénea en la base pulmonar derecha, con un borroso ángulo costo frénico compatible con una pleuritis exudativa. **(Figura 2)**



Figura 2. Vista radiológica de derrame y Pneumopatía Tuberculosa a inicios del tratamiento.

Punción pleural: Líquido serohemático, presencia de fibrinas, leucocitos.

No fue posible realizar un aspirado bronco alveolar, lavado gástrico para Baciloscopía, ni cultivo del líquido pleural, por no disponer de laboratorio microbiológico.

Diagnósticos: sida (Estadio III)

Tuberculosis ganglionar pulmonar

Pleuritis exudativa serofibrinosa derecha

Anemia

Leucopenia

Malnutrición

Se inició el tratamiento antituberculoso (Régimen 2 RHZ / GHT), según indica el Programa de Tuberculosis en Mozambique, ^{3, 8} para las formas no complicadas de TB, consistente en: Rifampicina 150 mg / Isoniazida 100 mg (RH): Un comprimido combinado, asociado a Pirazinamida 400 mg (Z): Un comprimido administrándose en dosis única diaria por 2 meses en la fase intensiva, continuando posteriormente la Fase de mantenimiento por 6 meses con un comprimido combinado 3 veces por semana de Isoniazida 100 mg / Tiacetazona 50 mg (HT) mediante toma supervisada; una vez constatado el % de linfocitos T CD4+ < 15 %, criterio para tratamiento antirretroviral, se comenzó el protocolo de tratamiento indicado en Mozambique por la Dirección Nacional de Salud ⁹, con Zidovudina (AZT) 180 mg /

m² / dosis, cada 6 horas (solución oral 10 mg x ml), Lamivudina (3TC) 4 mg / kg / dosis cada 12 horas y Nevirapina (NVP) 7 mg / kg, cada 12 horas, como mantenimiento previa dosis de inducción diaria de 4 mg / Kg / dosis durante los primeros 14 días; se indicó Trimetropín-sulfametoxazol (Cotrimoxazol) a 40 mg / kg / día, en dosis única diaria hasta normalizado CD4+, para la profilaxis de la neumonía por *Pneumocystis carinii*, otros tratamientos aplicados fueron vitaminoterapia del complejo B, A, y C con soporte nutricional apropiado^{8, 11, 12}. Cuatro semanas más tarde, el estado clínico evidenció una mejoría significativa, desapareció la tos, tenía apetito, aumentó de peso y su estado general mejoró considerablemente.

COMENTARIO

La infección por el VIH aumenta la susceptibilidad y el riesgo de contraer Tuberculosis, por lo que debe considerarse siempre el diagnóstico puede ser difícil en estadios precoces, en el que la inmunidad está poco afectada.^{10, 11} Este paciente por su estado clínico se enmarca en un estadio III (afectación nutricional, fiebre, Tuberculosis ganglionar / pulmonar).

Tiene buena respuesta con un esquema terapéutico que resultó eficaz, sin intolerancia, lo cual permitió mejorar la respuesta inmunológica con buena evolución clínica, algunos estudios encuentran fracaso del tratamiento en este estadio, debiendo ser cuidadosamente analizado en ellos los problemas sociales y el no cumplimiento del tratamiento a cabalidad.^{8; 10; 12}

La prevención es la principal arma que hay en el combate contra el VIH / sida, en esta batalla, los trabajadores de la Salud, necesitan la actualización permanente de sus conocimientos, y deseamos contribuya esta presentación como un modesto aporte de los autores a tan noble y honrosa tarea.

CONCLUSIONES

1) La Tuberculosis como enfermedad re - emergente en el mundo, es frecuente en la práctica pediátrica en Mozambique (África); siendo la asociación TB y sida una forma predominante que requiere un enfoque clínico - epidemiológico adecuado para un correcto diagnóstico y tratamiento precoz de los casos.

2) Se recomienda el cumplimiento de las Normas de tratamiento según los Programas Nacionales de Tuberculosis y sida establecidos en los países con asesoría de la OMS, como estrategia para reducir la mortalidad en la infancia, siendo posible una mejoría en la calidad y esperanza de vida para estos niños.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lienhardt C, Rodriguez L C. Estimation of the impact the human immunodeficiency virus infection on tuberculosis: tuberculosis risks revisited Int J Tuberc Lung Dis. 1998; 1(3): 196-204.

2. Raviglione MC; Harries AD, Msiska R, Wilkinson D, Nunn P. Tuberculosis and HIV: current status in Africa. AIDS.1997; 11(suppl B): 115-S123.

3. Raviglione MC; Harries AD, Msiska R: Tuberculosis and HIV current status in Mozambique; 2007.
4. Daley CL.: Current status in Africa Tuberculosis recurrence in Africa: true relapse or re-infection Lancet .2004; 342:756-57.
5. Bleed D, Dye C, Raviglione M: Dynamics and control of the global tuberculosis epidemy. Current Opinion in Pulmonary Medicine .2006:174 -179.
6. Colectivo de Autores: Conociendo sobre VIH, Centro Nacional de ITS / VIH / SIDA, La Habana; 2004.
7. Friedland GH; Andrews L A.: Adherence to Antiretroviral Therapy. AIDS Rev; 2001:3:111-20.
8. Barreto M. Impacto demográfico do HIV/SIDA em Moçambique (Actualização), Rev. Nac. Pediatria, vol. 18, supl.1: 53-57. año 2006.
9. Ministério da Saúde do Brasil, guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em criança; 2003.
10. Pediatric Human Immunodeficiency virus (HIV), infection, guidelines of pediatric HIV infection, American Academy of Pediatrics; 2003.
11. Roberts MC, Wallander JL. Family Issues in Pediatric Psychology. Hillsdale, NJ Publication Year [citado], 1992. Disponible en: <http://www.questia.com/library/book/family-issues-in-pediatric-psychology-by-michael-c-roberts-jan-l-wallander.jsp>
12. Chile. Ministerio de Salud. Guía Clínica Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. VIH/SIDA.1st Ed. Santiago: Minsal [Serie en Internet], 2005[Consultado el 11 noviembre 2009] Disponible en: http://www.redsalud.gov.cl/archivos/guiasges/vihsidaR_Mayo10.pdf

Recibido: 24 de Agosto de 2009.
Aprobado: 30 de Septiembre de 2009.

Dr. Jesús Lazo Cabrera. Hospital Pediátrico "Pepe Portilla". Pepe Portilla No. 71, Pinar del Río, Cuba.

E- mail: jesuslazo64@princesa.pri.sld.cu