

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN PEDIATRIA

PAUTA GENERAL DE TRATAMIENTO (1)

- Isoniazida (INH) + vitamina B6 (15-50 mg/día): 10 (7-15) mg/k/d q 24h (max 300mg día) 6 meses
 - Rifampicina (RIF): 15 (10-20) mg/k/d q 24h (max 600mg día) 6 meses
 - Pirazinamida (PZA): 35 (30-40) mg/k/d q 24h (max 2 g día) 2 meses
 - Etambutol (ETB) 20 (15-25) mg/k/d q 24h (max 2,5 gr día) 2 meses o retirar cuando se conozca sensibilidad de la cepa
- * Consultar posibilidad de fórmulas magistrales

QUIMIOPROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN

INDICACIONES: Exposición a tuberculosis (2) en niños menores 5 años y niños de cualquier edad con tratamiento inmunosupresor (uso prolongado de corticoides, anti-TNF-alfa, fármacos inmunosupresores, etc.) o comorbilidades del sistema inmunitario (VIH, insuficiencia renal crónica, tumores sólidos o hematológicos, inmunodeficiencias primarias, etc.) con prueba de tuberculina (3) negativa, asintomáticos y Rx tórax normal (principalmente indicada en inmunodeprimidos y niños pequeños)

PAUTA DE TRATAMIENTO: INH

- Si a las 8-10 semanas reacción tuberculínica negativa: suspender. Excepciones: niños inmunodeprimidos o < 3 meses con contacto de alto riesgo (contacto íntimo no cumplidor, retratamiento, etc.) en los que se recomienda completar tratamiento de infección tuberculosa latente (ITBL) aun en ausencia de conversión del Mantoux.
- Temporalmente, es importante romper el contacto entre niño expuesto y enfermo de TB, recomendando que ocupe una dependencia aislada en el domicilio al menos hasta comprobar que la fuente no es bacilífera; tras al menos 2 semanas de tratamiento adecuado. En recién nacidos de madres bacilíferas, iniciar profilaxis con INH tras descartar infección y enfermedad TB. Cuando la segunda PT sea de 0 mm a las 10-12 semanas, ya que el periodo ventana puede ser mayor, si se decide interrumpir la profilaxis, se evaluará la conveniencia de vacuna BCG. La lactancia materna no está contraindicada, salvo en mastitis tuberculosa. Se recomienda extraer la leche y administrarla en biberón para evitar contacto con el bebé, en las siguientes situaciones:
 - La madre ha recibido < 2 semanas de terapia.
 - La madre sigue siendo bacilífera, a pesar del tratamiento.
 - La cepa no es sensible a fármacos de primera línea.

Si PT positiva: descartar enfermedad (Rx o TAC (4) y si es normal continuar INH 6-9 meses

TRATAMIENTO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE

INDICACIONES: PT positiva, sin enfermedad. En caso de antecedente de vacunación solicitar IGRA

PAUTA DE TRATAMIENTO:

- INH 6-9 meses
 - INH + RIF 3 meses. Adolescentes y mala adherencia
 - RIF 4 meses. Si toxicidad o cepas resistentes a INH y sensible a RIF
- No necesario control analítico
Prolongar hasta 9-12 meses en pacientes con infección VIH

(1) En caso de resistencias en el caso índice comentar con especialista en infectología infantil. En la afectación ósea se recomiendan pautas de 6-9 meses. En meningitis usar dosis altas de INH y PRZ y corticoides y pautas de 12 meses. En tuberculosis diseminada 6-12 meses según evolución y comorbilidades. En tuberculosis neonatal 9 meses.

(2) Contacto reciente, durante los últimos 3 meses, estrecho (> 4 h diarias en el mismo habitáculo cerrado) con un paciente confirmado/sospechoso de TB bacilífera (pulmonar, laríngea, traqueal o endobronquial).

(3) Se considera prueba de tuberculina (PT) positiva una induración igual o superior a 5 mm a las 48-72 h en contactos de pacientes sospechosos de TBC, si hay sospecha de TBC, niños inmunodeprimidos o con Mantoux previamente negativo; y > 10 mm en el resto de los casos. En situaciones de riesgo de desarrollar enfermedad tuberculosa, debe obviarse el antecedente de BCG.

(4) Si Rx dudosa, síntomas compatibles con Rx normal, inmunodeprimidos, y no consenso si: contacto con TB multirresistente, menores de 2 años.

BIBLIOGRAFÍA

✓ **Documentos oficiales de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica**

✓ **Roi Piñeiro Pérez. Recomendaciones para la elaboración y administración de fármacos antituberculosos en niños. An Pediatr (Barc) 2016; 85(6): 323.**

Autores: José Beceiro Mosquera, María Penín Antón. Servicio de Pediatría del Hospital Príncipe de Asturias

Aprobado por la Comisión de Infecciones y Política de Antibióticos