

 Hospital Universitario Príncipe de Asturias	Comisión de Infecciones	Revisión: Servicio de Pediatría
		Fecha de última revisión: octubre 2024
		TRATAMIENTO TUBERCULOSIS EN PEDIATRIA

PAUTA GENERAL DE TRATAMIENTO

Régimen corto (1): 4 meses de tratamiento

- 2 meses (fase intensiva): Isoniazida (H) + Rifampicina (R) + Pirazinamida (Z) ± Etambutol (E)
- 2 meses (fase mantenimiento): Isoniazida + Rifampicina

Régimen tradicional: 6 meses de tratamiento

- 2 meses (fase intensiva): H, R, Z ± E
- 4 meses (fase mantenimiento): H, R

Casos excepcionales:

- Meningitis u otra afectación del SNC: fase de mantenimiento (H+R) 10 meses; deben utilizarse las dosis máximas permitidas.
*Ante casos de TB de SNC por cepa sensible, podría valorarse tratamiento intensivo con H, R, Z y etionamida durante 6 meses; este régimen no está recomendado en pacientes con infección VIH.
- Osteoarticular: fase de mantenimiento (H+R) durante al menos 7-10 meses.
- Diseminada/miliar (afectación de ≥ 2 órganos no contiguos, aislamiento MTB en sangre u orina): fase mantenimiento (H+) R durante al menos 4-10 meses, dependiendo de la evolución clínica, la afectación o no del SNC y de si el paciente presenta inmunosupresión

INDICACIONES DEL USO DE CORTICOIDES: Prednisona (o equivalente) a dosis de 2 mg/kg/día (máximo 60 mg/día) durante 4 semanas, con reducción progresiva durante 2 semanas (total 6 semanas)

- Meningitis tuberculosa o con afectación del sistema nervioso central.
- Osteomielitis espinal con afectación medular.
- Pericarditis tuberculosa
- Obstrucción severa de la vía aérea secundaria a compresión extrínseca por linfadenopatía o tuberculosis endobronquial.
- A valorar en reacción paradójica en adenitis periférica o hiliar (atelectasia de novo) y ante pleuritis (u otras serositis) con importante componente inflamatorio.

QUIMIOPROFILAXIS POSTEXPOSICIÓN

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

PAUTA DE TRATAMIENTO: H durante 8-12 semanas (periodo ventana)

- Si PT negativo o IGRA negativo: 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)
- Si PT positivo: descartar enfermedad (Rx o TAC y si es normal continuar H 6-9 meses (ITBL)

En recién nacidos de madres bacilíferas, finalizar si mantoux o IGRA negativo a las 12 semanas si la madre cumple bien el tratamiento o lo ha finalizado. Se recomienda repetir PT/IGRA a los seis meses y al año. Se evaluará la conveniencia de la vacuna BCG. La lactancia materna no está contraindicada, salvo en mastitis TB.

TRATAMIENTO DE INFECCIÓN TUBERCULOSA LATENTE INDICACIONES (ITBL):

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

PAUTA DE TRATAMIENTO:

- H 6-9 meses
- H+R 3 meses. Para adolescentes y mala adherencia
- R 4 meses.

*La eficacia es similar para todos los regímenes, pero con mejor cumplimiento y menor toxicidad en las pautas cortas. Prolongar hasta 9-12 meses en pacientes con infección VIH y evitar R

DOSIS FÁRMACOS		
Fármaco	Dosis en mg/kg/día (rango de dosis); Dosis máxima diaria (en mg)	Comentarios
Isoniazida (H) ^a	10 (7-15); 300	Riesgo de hepatotoxicidad y neuropatía
Rifampicina (R)	15 (10-20); 600	Pobre penetración en SNC (se puede aumentar la dosis hasta 30 mg/kg en TB del SNC); riesgo de hepatotoxicidad
Pirazinamida (Z)	35 (30-40); 2000	Riesgo de hepatotoxicidad, toxicidad cutánea o artralgias
Etambutol (E)	20 (15-25); 2500	Pobre penetración en SNC; riesgo de neuritis óptica
SNC: sistema nervioso central; TB: tuberculosis; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana. ^a Debe suplementarse con piridoxina (1-2 mg/kg/día; máximo 50 mg/día) si lactancia materna exclusiva, dieta vegetariana, desnutrición, pacientes con infección VIH y adolescentes gestantes.		

(1) Criterios para utilizar régimen corto:

- Edad entre 3 meses y 16 años.
- Enfermedad no grave: adenitis periférica; adenitis intrapulmonar sin obstrucción de vía aérea; enfermedad pulmonar no cavitada, limitada a un lóbulo pulmonar sin patrón miliar, con/sin derrame pleural no complicado.
- Baciloscopia negativa.
- Cepa sensible o presumiblemente sensible a fármacos de primera línea.
- Cabe recordar que el estudio excluyó a prematuros, lactantes con menos de 3 kg de peso y embarazadas.

(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 mantoux positivo 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.

Bibliografía

F. Baquero-Artigao, T. del Rosal, L. Falcón-Neyra et al. grupo de trabajo en Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica y la Sociedad Española de Neumología Pediátrica. Actualización en diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis. Anales de Pediatría 98 (2023) 460---469.

Turkova A, Wills GH, Wobudeya E, Chabala C, Palmer M, Kinikar A, et al. Shorter Treatment for Nonsevere Tuberculosis in African and Indian Children. N Engl J Med. 2022;386:911---22,

Autores. Carmen Moreno Solera Servicio de pediatría y Leticia Cañivano Petreñas. Servicio de Farmacia.

Aprobado por la Comisión de Infecciones