

Tuberculosis

TL 131. EVALUACIÓN DE SISTEMA DE PUNTAJE PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR EN LA INFANCIA EMPLEADO POR EL MINISTERIO DE LA SALUD DE BRASIL.

C. Schwanz Orfalialis y cols. Rio de Janeiro, Brasil.

C. Schwanz Orfaliais¹, C. Sant'anna¹, M. March¹,

¹Universidade Federal Do Rio De Janeiro, Rio De Janeiro.

Introducción: El diagnóstico de la tuberculosis (TB) en la infancia constituye un desafío y implica en la valorización de aspectos clínicos, radiológicos y epidemiológicos. Basado en criterios diagnósticos de la literatura, el Ministerio de la Salud de Brasil emplea un sistema de puntaje para el diagnóstico de TB en la infancia. Eso score no se basa en bacteriología o examen histopatológico y define: TB muy probable (≥ 40 puntos); posible (30-35 puntos) o poco probable (≤ 25 puntos). **Objetivo:** El presente trabajo evalúa el sistema en un estudio retrospectivo tipo caso-control. **Materiales y Métodos:** Fueron revisados, en 2003, las fichas de niños hospitalizados en el Instituto de Puericultura e Pediatría Martagão Gesteira da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPPMG- UFRJ) con sospecha de TB pulmonar en quienes se recolectó una muestra de lavado gástrico (examen directo y cultivo para BAAR) de 1987 a 1994. Los pacientes fueron divididos en dos grupos: 45 casos (cultivo positivo) y 96 controles (cultivo negativo y considerados no TB). En todos se aplicó el sistema de puntaje y se calculó la sensibilidad y la especificidad (y respectivas OR – odds ratio) para cada variable: cuadro clínico-radiológico, contacto con adulto con TB, test tuberculínico y estado nutricional. **Resultados:** Se observó una correlación entre el diagnóstico de TB pulmonar y el aspecto radiográfico (OR=25,39), el contacto con un adulto tuberculoso (OR= 10,67) y una reacción a el test tuberculínico de ≥ 10 mm (OR=8,23). La sensibilidad del sistema de puntaje osciló entre el 58% y el 89% y la especificidad entre el 98% y el 86%, según se adoptaran valores discriminatorios de ≥ 40 puntos y de ≥ 30 puntos, respectivamente. **Conclusiones:** El sistema de puntaje puede constituir un método útil para el diagnóstico de la TB pulmonar en un ambiente con alta prevalencia de TB.

TL 073. AVALIAÇÃO DO ESCORE DO MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL PARA DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES INFECTADOS PELO HIV. R. Alves y cols. Vitoria, Brasil.

R. Alves¹, D. Binda¹, D. Frauches¹, S. Moreira-silva¹, C. Riccio¹,

¹Hospital Infantil Nossa Senhora Da Glória, Vitória.

Introdução: O impacto epidemiológico da tuberculose (TB) tem crescido nas últimas décadas e a doença constitui a terceira causa de infecção oportunistas entre casos de Aids no Brasil. O diagnóstico de TB pulmonar em crianças é difícil, porque a apresentação clínico-radiológica é pouco característica, especialmente em caso de co-infecção com HIV, sendo comuns as formas pauci-bacilíferas. Em crianças não infectadas pelo HIV, um resultado mínimo de 40 pontos no escore de Diagnóstico de TB pulmonar em crianças e adolescentes, indica diagnóstico muito provável de TB, autorizando o início do tratamento (Ministério da Saúde, 2001). O ESCORE baseia-se no quadro clínico e radiológico, características epidemiológicas, teste tuberculínico e estado nutricional. **Objetivos:** Estudar reprodutibilidade e validade do ESCORE, tomando como padrão-ouro cultura M. tuberculosis/histopatologia, em crianças e adolescentes infectados pelo HIV e com suspeita de TB, atendidos no Serviço de Infectologia Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória-ES/Brasil. **Método:** Estudo retrospectivo de crianças e adolescentes infectadas pelo HIV, com ou sem Aids, com suspeita de TB (clínica e/ou alteração radiológica ≥ 2 semanas) no período de 1993 a 2004. Levantamento de resultados de microbiologia e histopatologia e de dados necessários para cálculo do ESCORE. Cálculo de Acurácia, sensibilidade (S) e especificidade (E), bem como de valores preditivos positivo (VPP) e negativo (VPN). Projeto

de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-HINSG. **Resultados:** Dos 38 casos, 25 (66%) eram menores de 5 anos, sendo 50% meninos e 25 (66%) com classificação Aids C3, no momento da suspeita de TB. Em 21 (55%) crianças, o diagnóstico de TB foi confirmado pelo padrão-ouro. Destas, 18 com ESCORE \geq 40 e 3 com ESCORE $<$ 40. Das 17 crianças sem confirmação, 7 apresentaram ESCORE \geq 40. Acurácia = 73,68%, S=85,71%, E=58,82%, VPP=72,00% e VPN=76,92%. **Conclusão:** O ESCORE teve reprodutibilidade regular e mostrou-se instrumento válido para o diagnóstico de TB em crianças e adolescentes infectados pelo HIV, na amostra estudada.

TL 084. ESTADO IMUNOLÓGICO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NA CO-INFECÇÃO HIV/AIDS-TUBERCULOSE. R. Alves y cols. Vitória, Brasil.

R. Alves¹, D. Frauches¹, D. Binda¹, S. Moreira-silva¹, C. Riccio¹,

¹Hospital Infantil Nossa Senhora Da Glória, Vitória.

Introdução: A Tuberculose (TB) representa co-infecção de alta prevalência em crianças com AIDS, principalmente nas formas graves da doença. Nessa população, a TB é de difícil diagnóstico, levando ao atraso na instituição da terapêutica adequada, com aumento da morbi-mortalidade. O estudo da função imunológica na criança infectada por HIV, que constitui uma prova laboratorial indireta importante para o diagnóstico de AIDS e para avaliação do sistema imune e monitorização da resposta terapêutica, permite detectar comprometimento que favorece a reativação de focos de infecção primária por *M. tuberculosis*. **Objetivos:** Descrever os casos de co-infecção HIV/AIDS-TB em crianças e adolescentes e avaliar o estado imunológico dos pacientes por ocasião do diagnóstico de TB, através do estudo dos níveis de linfócitos T CD4. **Método:** Estudo descritivo e retrospectivo de série de casos de co-infecção HIV/AIDS-TB, no Serviço de Infectologia Pediátrica do Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória-ES, de janeiro de 1996 a dezembro de 2004. Projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa-HINSG. **Resultados:** De 31 casos de co-infecção HIV/AIDS-TB, a faixa etária mais freqüente foi a de menores de 12 meses de idade (38,6%) com 54,8% masculino. A maioria (77,4%) procedente de municípios da região metropolitana de Vitória e contaminados por transmissão vertical do HIV (87,5%). Cerca de 70% dos casos apresentou classificação clínico-imunológica mais grave (C3), com níveis de linfócitos T CD4 menores que 15% quando do diagnóstico de TB. Observou-se maior predomínio de TB pulmonar (58,1%) em condições imunológicas menos graves. O estudo registrou 25,8% de óbitos. **Conclusão:** O processo de co-infecção é tanto mais grave quanto menor o nível de linfócitos T CD4, indicando uma condição imunológica mais deteriorada, que determina aumento da morbi-mortalidade em vigência da co-infecção.

TL 092. EFICACIA Y EFICIENCIA DEL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN PEDIATRÍA. N. González y cols. Buenos Aires, Argentina.

N. Gonzalez¹, V. Pawluk¹,

¹Hospital General De Niños Pedro De Elizalde, Ciudad Autonoma De Buenos Aires.

Introducción: El análisis de las cohortes de pacientes con tuberculosis constituye una herramienta útil para evaluar la eficacia y la eficiencia del tratamiento antituberculoso en una región, y es la recomendada por la OMS, la cual establece que el mínimo aceptable de pacientes curados debe ser de 85%. **Objetivos:** Determinar la eficacia y eficiencia del tratamiento supervisado por el familiar a cargo del niño, en pacientes pediátricos con tuberculosis pulmonar confirmada microbiológicamente tratados bajo esta modalidad en los últimos seis años en el Hospital Pedro de Elizalde. Y determinar si el tratamiento cumple con las pautas recomendadas por la OMS. **Material y Método:** Estudio retrospectivo, descriptivo y analítico observacional. Se analizaron historias clínicas de pacientes atendidos entre el 01/01/2000 y el 31/06/2006. Se consideró curación bacteriológica cuando al término de la terapia los signos clínicos desaparecieron y las baciloscopías fueron negativas, y cura probable cuando al finalizar el tratamiento, los signos clínicos desaparecieron, los radiológicos francamente mejorados y

el paciente no expectoró. Se excluyeron pacientes: VIH positivos, con resistencia micobacteriana a fármacos, y los casos tratados en forma estrictamente supervisada (TDO). **Resultados:** Total de pacientes con baciloscopías y/o cultivo positivo: 75. Evaluados: 41 (54,6 %). Cura probable: 35. Curación bacteriológica: 3. Éxito: 38 (92,7%). Abandonos: 3 (7,3%). Fallecidos: 0. Fracasos: 0. Traslados: 0. **Conclusiones:** La eficacia, es decir, la proporción de curaciones en relación con los pacientes que terminaron el tratamiento, ha alcanzado el 100%, y la eficiencia, proporción de curados en relación con aquellos que iniciaron 92,7%. Se observa que se superó el 85% de curación recomendado por la OMS, sin embargo es indispensable considerar que se incluyeron casos nuevos, sin riesgo para VIH ni resistencia micobacteriana a fármacos; y que la modalidad de administración del tratamiento implementada en los casos analizados incluye el entrenamiento personalizado del familiar responsable y la evaluación previa del grupo familiar por el Servicio Social.

TL 090. TUBERCULOSIS FARMACORRESISTENTE EN PEDIATRIA. N. González y cols. Buenos Aires, Argentina.

N. Gonzalez¹, V. Pawluk¹,

¹Hospital General De Niños Pedro De Elizalde, Ciudad Autonoma De Buenos Aires.

Introducción: La Tuberculosis multirresistente (TBCMR) es la enfermedad causada por *Micobacterium Tuberculosis* (M TBC) resistentes a isoniacida y rifampicina acompañada o no de resistencia a otras drogas. La OMS estima que ya existen 50 millones de personas infectadas por bacilos multirresistentes en todo el mundo. El conocimiento apropiado de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que la padecen son de crucial importancia para optimizar su diagnóstico. **Objetivo:** En el Hospital de Niños Pedro de Elizalde de la Ciudad de Buenos Aires se han registrado casos de TBCMR desde el año 1992, nuestro objetivo es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que presentaron TBC con fármacorresistencia. **Material y Métodos:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Neumotisiología con aislamiento de M TBC con resistencia a drogas de primera línea. **Resultados:** Entre el 1/1/1992 y el 31 /12/2006 se diagnosticó TBC en 1642 niños. En 26 pacientes se aisló M TBC con resistencia a drogas de primera línea. La resistencia más frecuente fue a isoniacida. La TBCMR se halló en 12 casos. Edad: 4 meses a 16 años (50% menores de 5 años). 14 niños presentaron baciloscopías positivas. 12 tenían cavidades en las radiografías de tórax. El lapso de tiempo transcurrido desde el contacto con la fuente de contagio hasta el desarrollo de enfermedad en el niño fue de 1 mes a 4 años. Los adultos contagiados tenían factores de riesgo o infección confirmada por VIH, o irregularidades en tratamientos previos. En los últimos años se registró la enfermedad en hijos de trabajadores sanitarios. En la década del 90 los niños con TBCMR en su mayoría presentaban inmunodepresión por SIDA; los casos registrados entre 2000 y 2006 ninguno presentaba coinfección con VIH. **Conclusiones:** La extensión de la TBCMR hacia la población sin coinfección con VIH indica que no es necesario un estado de inmunodepresión severa para desarrollar enfermedad por estas cepas de M. TBC. Los antecedentes del adulto contagiante son fundamentales para la sospecha de resistencia en el niño independientemente del tiempo transcurrido desde la exposición hasta el comienzo de los síntomas.