

Tuberculosis infantil

González NE, Saucedo C

Definición

La tuberculosis (TBC) es una enfermedad infectocontagiosa producida por el *Mycobacterium tuberculosis*, bacilo ácido alcohol-resistente de crecimiento lento. En los niños, por lo general, es resultado de una infección recientemente adquirida. Puede detectarse en forma precoz como infección o en su evolución a enfermedad activa.

Formas clínicas

- Un niño puede llegar a la consulta sano, aparentemente sano o enfermo, con antecedente de contacto con un enfermo de TBC o sospechoso de serlo. En otros casos, se desconoce la fuente de contagio, pero el niño presenta sintomatología que sugiere un posible origen tuberculoso.
- Infectado no enfermo: primoinfección tuberculosa, con prueba de derivado proteico purificado (PPD, Purified protein derivative) positiva, viraje tuberculínico o nódulo precoz (aparición del nódulo antes de cumplirse dos semanas de la vacunación con BCG en un niño no vacunado con anterioridad). No presenta anomalías clínicas ni radiológicas.
- TBC primaria común o moderada (categoría III de la clasificación de la Organización Mundial de la Salud): la prueba de PPD suele ser positiva, radiografía de tórax patológica, complejo primario sin complicaciones, pleural unilateral o TBC cutánea.
- TBC primaria grave (categoría I de la clasificación de la OMS): son formas progresivas y extensas, bronconeumónicas o cavitadas (formas tisiógenas), formas diseminadas hematógenas (miliar) o con compromiso extrapulmonar (TBC osteoarticular, meníngea, ganglionar periférica, etc.) y formas asociadas a inmunodeficiencias. La prueba de PPD puede ser positiva o negativa.
- TBC extraprimaria (categoría I de la clasificación de la OMS): se presenta en niños mayores y adolescentes, con lesiones radiológicas similares a la TBC del adulto. Suelen presentar baciloscopias positivas, tos, astenia, anorexia, pérdida de peso, fiebre, sudoración nocturna y hemoptisis.

Diagnóstico

La puerta de entrada en más del 95% de los casos es respiratoria. El diagnóstico de certeza se realiza mediante el aislamiento del bacilo, sin embargo, las lesiones iniciales como las que presentan la mayoría de los niños, son paucibacilares. Por lo tanto, el diagnóstico

en Pediatría se debe realizar basándose en elementos epidemiológicos, clínicos y radiológicos.

Anamnesis

Se debe buscar exhaustivamente al enfermo TBC que produjo el contagio tanto en el ambiente intradoméstico (padres, hermanos, abuelos, tíos, personal de servicio, cuidadores, etc.) como entre las personas que, aunque no convivan, frecuenten al niño como vecinos, amigos, maestras, etc.

Si el contacto fuera con un enfermo TBC conocido se averiguará desde cuándo está enfermo, cuáles son los medicamentos que recibe y durante cuánto tiempo y con qué regularidad los ha recibido. Se interrogará sobre asociación con VIH y resistencia microbiana a alguna droga antituberculosa.

Es necesario averiguar si se efectuó el estudio de foco y la profilaxis a todos los contactos del caso índice en forma correcta: PPD, radiografía de tórax inicial y control a los dos meses, y baciloscopia de esputo a los sintomáticos respiratorios.

Se considera que un paciente es sintomático respiratorio si hay presencia de tos y expectoración por más de quince días.

Antecedentes personales

- Vacunación BCG previa (no descartar TBC aunque esté vacunado): número de dosis recibidas, momento de aplicación, evolución del nódulo y presencia de nódulos o cicatrices.
- Historia nutricional e inmunitaria, enfermedades padecidas y tratamientos realizados (asociaciones morbosas y diagnósticos diferenciales).
- Pruebas tuberculínicas previas: en busca de primoinfección no tratada o viraje tuberculínico.
- Tratamientos antituberculosos previos o quimioprofilaxis: fecha, drogas, duración, intolerancias y abandonos o interrupciones.
- Enfermedades o tratamientos anergizantes: sarampión, coqueluche, diabetes, desnutrición, inmunodepresión congénita o adquirida y tratamiento prolongado con corticoides o inmunosupresores.

Antecedentes socioambientales

La pobreza, las malas condiciones de la vivienda, el hacinamiento, la promiscuidad, la falta de higiene, son factores de importancia decisiva en la evolución de cualquier caso de TBC, sobre todo al realizar tratamientos ambulatorios.

Extraído del Libro "Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Criterios de diagnóstico y tratamiento en Pediatría". Buenos Aires. Ediciones JOURNAL, 2012. Por mayor información escribir a: info@journal.com.ar

Se deben recabar datos sobre el consumo de alcohol, tabaco o drogas y en referencia a contactos con grupos de riesgo para infección por VIH en la población infantojuvenil.

Examen clínico

Los pacientes infectados no enfermos no presentan alteraciones clínicas (examen físico y laboratorio normal).

La mayoría de los niños enfermos presentan TBC de localización pulmonar con síntomas respiratorios que dependen de la extensión lesional o pueden hallarse asintomáticos y el diagnóstico se sospecha por la noción epidemiológica de contacto con un adulto bacilífero y se confirma mediante exámenes complementarios. Algunos pueden presentarse con signos de hiperergía que obligan a pensar en TBC, como el eritema nudoso o la queratoconjuntivitis flictenular.

Los lactantes y niños pequeños tienen mayor probabilidad de presentar síntomas que pueden ser generales (como inapetencia, descenso o falta de progreso de peso, decaimiento, astenia o síndrome febril de cualquier tipo) o respiratorios (como tos, sibilancias, neumonía unifocal o multifocal sin respuesta al tratamiento antibiótico). También puede producirse compromiso pleural, atelectasia o dificultad respiratoria por compresión bronquial de los ganglios mediastinales. Otros casos se pueden presentar directamente con signos de localización extrapulmonar como adenitis periférica o meningoencefalitis.

Los niños más grandes y adolescentes pueden presentar formas primarias como la descrita o TBC pulmonar extraprimaria, similar a la del adulto, con el clásico síndrome de impregnación bacilar –tos, astenia, anorexia, sudoración nocturna, pérdida de peso y fiebre– y con semiología de bronconeumonía o cavitación pulmonar, en ocasiones, acompañada de hemoptisis. Suelen tener baciloscopias de esputo positivas. Sin embargo, algunos pacientes llegan a la consulta con escasa sintomatología, como tos crónica o adelgazamiento.

Exámenes complementarios

Prueba tuberculínica

La intradermorreacción de Mantoux se efectúa con 0,1 mL de PPD 2 UT en la cara dorsal del antebrazo. Su lectura debe realizarse a las 48 o 72 horas de aplicada, midiendo el diámetro transversal (con relación al eje del brazo) de la pápula y no se debe tomar en cuenta el eritema. Se debe informar en milímetros. La interpretación del resultado permite distinguir al paciente infectado, ya que es mayor de 10 milímetros en los inmunocompetentes y mayor de 5 milímetros en los inmunocomprometidos. La positividad indica infección, deberán evaluarse

otros elementos clínicos y radiológicos para determinar si hay progresión a enfermedad y debe considerarse la posibilidad de resultados falsos positivos y falsos negativos.

Radiología

En todos los casos se debe evaluar la radiografía de tórax pues muchos pacientes pueden presentar lesiones radiológicas extensas con escasa sintomatología clínica. Realizar, si es posible, el par radiológico: frente y perfil. El 25% de los infectados pueden presentar anomalías mínimas ganglionares o parenquimatosas que pueden evidenciarse solo en la proyección lateral. La progresión a enfermedad permite apreciar la extensión de la lesión parenquimatosa pulmonar o ganglionar mediastinal de la tuberculosis primaria. Pueden observarse adenomegalias, opacidades lobulares unifocales o multifocales, atelectasia, derrame pleural, cavidades únicas o múltiples e imágenes micronodulilares de TBC miliar.

Laboratorio

Es normal en los infectados, y en los enfermos puede haber alteraciones inespecíficas como anemia hipocrómica moderada, leucocitosis con polinucleosis, desviación a la izquierda del índice de Schilling y eosinopenia, eritrosedimentación acelerada en forma moderada (cifras superiores a 80 mm se relacionan con intensa destrucción tisular: caseosis), proteína C reactiva aumentada.

Bacteriología

La investigación bacteriológica se debe efectuar en las formas progresivas o extensas, cavitarias, o en las que por radiología se sospeche comunicación de la lesión con la vía aérea. La baciloscopia (examen directo) es una técnica que tiene importancia epidemiológica, ya que detecta rápidamente los pacientes bacilíferos, fuente de diseminación de la enfermedad. Su sensibilidad es menor que la del cultivo y su especificidad es variable, ya que no diferencia los distintos tipos de micobacterias. El aislamiento del bacilo TBC del esputo o lavado gástrico mediante cultivo confirma la enfermedad y permite conocer la sensibilidad a drogas antituberculosas. El método tradicional es el cultivo en medio sólido de Löwestein-Jensen cuyo resultado se obtiene aproximadamente en sesenta días. Existen otros métodos rápidos de cultivo, como el sistema radiométrico BACTEC, que acortan significativamente el tiempo para la detección de micobacterias y los estudios de sensibilidad a drogas. Con este método se detectan los bacilos en las muestras clínicas en menos de dos semanas y los resultados de sensibilidad, por lo común, se conocen en un lapso de dos a tres semanas. Los

pacientes coinfectados con VIH pueden presentar escasa lesión radiológica con bacteriología positiva y mayor posibilidad de infección por micobacterias atípicas y de bacilos tuberculosos con resistencia a fármacos; en estos pacientes y en todos los casos con irregularidades en tratamientos antituberculosos previos, deberán extremarse los procedimientos para aislamiento del germen y realización de antibiograma.

Métodos de obtención de muestras para examen directo y cultivo de esputo

En los niños que pueden expectorar se deben recolectar muestras seriadas en tres días diferentes, en frascos estériles, de boca ancha. En los niños pequeños, que no expectoran, se debe realizar el lavado gástrico que consiste en la recolección del material proveniente del árbol bronquial deglutido durante la noche. Se realiza con el paciente en ayunas, al que se le coloca una sonda nasogástrica para aspirar el contenido gástrico, el cual se lava con 30-60 mL de agua estéril y se envía para su inmediato procesamiento en un frasco estéril. Si la muestra del lavado gástrico se procesara con una demora de más de seis horas, debe neutralizarse su pH ácido con bicarbonato de sodio. Este procedimiento se realiza en tres días consecutivos solicitando el cultivo y la tipificación por la posibilidad de hallar micobacterias atípicas saprófitas del estómago. Se pueden enviar para examen bacteriológico directo y cultivo de muestras: líquido pleural, líquido cefalorraquídeo, líquido de lavado bronquial o broncoalveolar, aspirado traqueal, orina, biopsias ganglionares, óseas, cutáneas, etc. Se deben remitir las muestras en frascos estériles. En los pacientes inmunocomprometidos se realizarán también hemocultivos.

Estudio anatomopatológico

Las biopsias realizadas se pueden estudiar anatómicamente (además del estudio microbiológico) y, en muchos casos, se evidencia el proceso inflamatorio tuberculoso característico.

Prueba de ELISA para TBC

Este estudio serológico detecta anticuerpos tipo IgG y es útil como método complementario del diagnóstico en Pediatría. La vacunación con BCG no interfiere en el resultado. Su negatividad no descarta TBC y su especificidad para *Mycobacterium tuberculosis* es del 98% (hay resultados falsos positivos por micosis y micobacterias atípicas).

PCR (reacción en cadena de la polimerasa)

Este método permite amplificar secuencias específicas del ADN del germen. Actualmente, la más utilizada es la secuencia IS6110, que se repite de diez a dieciséis veces en el cromosoma del *Mycobacterium tuberculosis*, lo que le otorga un alto grado de espe-

cificidad. Puede ser aplicada a muestras de cualquier origen y requiere menos bacilos en la muestra que la baciloscopia (quinientos bacilos por mililitro de muestra). En adultos se han reportado altos grados de sensibilidad y especificidad: 99% y 90% para muestras pulmonares y 70% y 90% para extrapulmonares. En niños hay resultados muy variables por el alto número de falsos positivos y negativos. Por lo tanto, una muestra positiva para PCR, como único método, no es suficiente para diagnosticar TBC.

Adenosin deaminasa (ADA)

Es una prueba que se basa en la función de la inmunidad celular, ya que aumenta en toda enfermedad que presente activación linfocitaria. Por lo tanto, puede dar como resultado falsos positivos en enfermedades con alteración inmunológica. Se ha recomendado su utilización en muestras de suero y líquidos de serositis. Tiene mejor eficacia en líquido peritoneal, LCR y pleural.

Diagnóstico diferencial

El diagnóstico diferencial de TBC pulmonar en el niño se debe efectuar con otras afecciones neuromonológicas que tienen similitud radiológica o clínica con la enfermedad: neumonías producidas por bacterias o virus (neumococo, estafilococo, adenovirus, etc.), abscesos pulmonares, pleuresías serofibrinosas o supuradas producidas por otros agentes, micosis pulmonares (especialmente histoplasmosis), malformaciones congénitas (quiste broncogénico y secuestro pulmonar), enfermedades tumorales mediastínicas (linfoma de Hodgkin y linfosarcoma), fibrosis quística, síndrome de Löeffler, grandes bronquiectasias, sarcoidosis y micobacteriosis atípicas.

Criterios de internación

En la actualidad, la mayoría de los pacientes se tratan ambulatoriamente, sin embargo, hay situaciones en las que es necesario proceder a la internación:

- Formas graves pulmonares: con diseminación broncogena (bronconeumonía), compromiso pleural (derrame o neumotórax), presencia de dificultad respiratoria o hemoptisis, lesión cavitaria o con diseminación hematogena (miliar).
- Formas manifiestas con asociaciones morbosas (VIH, inmunocomprometidos, desnutridos, diabéticos, etc.).
- Menores de doce meses sintomáticos.
- Pacientes con baciloscopias positivas hasta su negativización.
- TBC extrapulmonar (menígea, osteoarticular, peritoneal, intestinal, renal, cutánea, etc.).
- Medio socioeconómico y cultural deficiente con

dificultades para el estudio diagnóstico o tratamiento ambulatorio. Se internará hasta completar el diagnóstico y asegurar supervisión terapéutica mediante el tratamiento directamente observado (DOTS).

Se internará en un sector con aislamiento respiratorio con presión negativa, siempre que no presente síntomas que requieran cuidados intensivos, y doble puerta cuando se sospecha resistencia micobacteriana a medicamentos en el niño o en el foco de contagio.

Tratamiento

Esquemas terapéuticos

- Infectado (primoinfección tuberculosa): 6 H

Fármaco	Período
Isoniacida	6 meses

- Forma común o moderada: 2 HRZ/4 HR. La duración total es de seis a siete meses.

Fármaco	Período
Isoniacida + rifampicina + pirazinamida	2 meses
Continuar con Isoniacida + rifampicina	4 a 7 meses

- Forma grave: 2 HRZE/4 a 7 HR. La duración total es de seis a nueve meses; se deben completar nueve a doce meses de tratamiento en la TBC meningea, miliar y en la TBC asociada al VIH.

Fármaco	Período
Isoniacida + rifampicina + pirazinamida + etambutol o estreptomina	2 meses
Continuar con Isoniacida + rifampicina	4 a 7 meses

- Retratamientos: deben tener una duración mínima de doce meses. Comenzar con el mismo esquema que recibió antes si hubo abandono brusco o recaída de tratamiento abreviado, hasta tener sensibilidad micobacteriana actual. Si se sospecha resistencia bacteriana solicitar cultivos y antibiograma e iniciar tratamiento con tres o cuatro drogas nuevas que no compartan resistencia cruzada con las del esquema anterior hasta poder adecuarlo según las pruebas de sensibilidad del antibiograma.
- Formas asociadas al VIH: en los pacientes coinfectados con VIH se deben prolongar los esquemas de tratamiento. En los pacientes tratados

con fármacos antirretrovirales inhibidores de las proteasas la rifampicina generalmente se contraindica debido a su interacción, ya que el uso de ambos provoca un aumento de los niveles de rifampicina con riesgo de toxicidad y una disminución de los niveles de inhibidores de proteasas, lo que disminuye su eficacia.

Drogas antituberculosas de primera línea

Tratamiento directamente observado

Significa que el enfermo toma los medicamentos bajo la observación de otra persona, el "supervisor del tratamiento", que debe haber recibido capacitación adecuada para administrar los fármacos y detectar signos de intolerancia para la inmediata derivación al médico. Su finalidad es controlar posibles deserciones para evitar abandonos o la toma irregular de medicamentos que produzcan resistencia a las drogas antituberculosas. Este procedimiento asegura que el enfermo tome los medicamentos prescritos en las dosis e intervalos indicados. Es importante que el DOTS sea aceptado por el paciente y que esté de acuerdo con el lugar en que lo recibirá y con el supervisor asignado, ya que el tratamiento se prolonga por varios meses. También es importante que el personal de salud, en general, y el supervisor, en particular, estimule la adherencia al tratamiento del paciente mediante buen trato y explicaciones sencillas.

Quimioprotección antituberculosa

Es la administración de medicamentos antituberculosos con objeto de evitar la infección tuberculosa del organismo (quimioprofilaxis primaria) o el desarrollo de la enfermedad a expensas de una infección hasta entonces latente (quimioprofilaxis secundaria).

Quimioprofilaxis primaria

Se debe realizar a todo niño en contacto con enfermo TBC bacilífero o con baciloscopia desconocida, con prueba tuberculínica negativa, asintomático y cuya radiografía de tórax es normal.

Se emplea isoniacida, la dosis es de 5-10 mg/kg/día, (máximo 300 mg) y se debe realizar el estudio de foco a todos los convivientes: PPD, radiografía de tórax y baciloscopias de esputo a los sintomáticos respiratorios.

Se efectuará control mensual clínico y se repetirá el estudio tuberculínico y radiológico al segundo o tercer mes para cerciorarse que el niño no se hallaba en el período prealérgico (búsqueda de la virada tuberculínica).

Si continúa negativo, la isoniacida se puede suspender si el enfermo TBC contagiante tiene baciloscopias negativas y luego de completado el estudio de foco familiar.

Drogas antituberculosas de primera línea

Droga	Dosis	Vía	Tomas diarias	Dosis máxima	Formas de presentación	Efectos adversos más frecuentes
Isoniacida (H)	5-10 mg/kg/día	Oral	Una	300 mg	Comprimidos de 100 mg y de 300 mg	Hepáticos y neurológicos
Rifampicina (R)	10 mg/kg/día	Oral	Una, en ayunas	600 mg	Jarabe: 100 mg en 5 mL Cápsulas de 300 mg	Hepáticos, gastrointestinales y alérgicos
Pirazinamida (Z)	25-30 mg/kg/día	Oral	Una	1500 mg	Comprimidos de 250 mg	Hepáticos, alérgicos e hiperuricemia
Etambutol (E)	20-25 mg/kg/día	Oral	Una	1200 mg	Comprimidos de 400 mg	Oculares
Estreptomina (S)	15-20 mg/kg/día	Intramuscular	Una aplicación diaria el primer mes y en días alternos el segundo	1000 mg	Ampollas de 1000 mg	Ototoxicidad y nefrotoxicidad

Si fue negativa la primera PPD y es positiva esta segunda prueba (viraje tuberculínico), se pone en evidencia la primoinfección y en este caso deben completarse los seis meses de tratamiento con isoniacida (tratamiento del infectado).

Quimioprofilaxis secundaria

Es el tratamiento del infectado para evitar la progresión a enfermedad. Se realiza con isoniacida, en una dosis de 5-10 mg/kg/día (máximo 300 mg) durante seis meses. En coinfectados con VIH la duración debe ser de nueve meses.

Asociaciones morbosas: todo caso que presente condiciones subyacentes que aumenten el riesgo de desarrollar TBC (falla renal crónica, diabetes mellitus, desnutrición, inmunocompromiso, enfermedades reumáticas, neoplásicas, tratamientos sistémicos con corticoides a dosis inmunosupresoras, otros tratamientos con inmunosupresión, etc.) debe ser sometido a pruebas para diagnóstico y eventual tratamiento de la infección o enfermedad tuberculosa. Se debe evaluar TBC en los contactos de estos pacientes para indicar la quimioprotección adecuada.

Quimioprevención en casos de TBC resistente a medicamentos

Si se debe efectuar la quimioprofilaxis a un paciente expuesto a una fuente infectante con bacilos resistentes a una o dos de las drogas de primera

línea (isoniacida, rifampicina, etambutol, pirazinamida o estreptomina), se podrá emplear alguno de los medicamentos a los que sea sensible observando la vigilancia permanente de los efectos adversos que puedan producirse.

En aquellos pacientes infectados a partir de casos con resistencia múltiple a drogas antituberculosas (que incluyan isoniacida y rifampicina más etambutol, pirazinamida o estreptomina), la perspectiva de un tratamiento quimioproláctico deberá contemplarse en forma individual debido a la necesidad de utilizar drogas de mayor toxicidad y de difícil obtención.

Estos tratamientos de formas de TBC resistente deben prolongarse y adecuarse a cada paciente según las drogas antituberculosas que se deba utilizar, al estado inmunológico del niño y a la proximidad de la fuente de contagio. En estos casos es indispensable aislar al niño del enfermo bacilífero. Los pacientes expuestos a enfermos bacilíferos con resistencia múltiple deberán ser remitidos a centros de referencia con apropiado equipamiento para aislamiento microbiológico, suministro de medicamentos específicos, monitoreo de efectos adversos de las drogas de segunda línea, y seguimiento supervisado del tratamiento.

Tratamiento posterior al alta

Los pacientes que requirieron internación continúan el tratamiento en forma ambulatoria. Se de-

berá realizar la conexión con la unidad de Atención Primaria más cercana al domicilio del paciente para realizar el DOTS en todos los casos que esto sea posible, sumando el apoyo psicológico, los controles de las interconsultas realizadas, el monitoreo clínico de los efectos adversos y la asistencia social que requiera cada caso en particular.

Interconsultas

Se deben realizar interconsultas con el servicio social en todos los casos, tanto en internación como en los pacientes ambulatorios, debido a las características epidemiológicas de la TBC y la necesidad de confeccionar la historia social de cada familia para prevenir abandonos, completar el estudio de todos los contactos y detectar los factores sociales que puedan llevar al fracaso o incumplimiento del tratamiento.

En algún momento del tratamiento podrá ser necesaria la intervención del kinesiólogo para realizar tos asistida, rehabilitación de la función respiratoria, ortopédica o neurológica.

Condiciones de alta de internación

- Desaparición clínica de los síntomas (fiebre, anorexia, dolores, etc.).
- Radiológicamente: lesiones estables, no evolutivas o mejoradas.
- Laboratorio: descenso de la eritrosedimentación y mejoría de otros valores que pudieran estar alterados.
- Bacteriología: negativización del examen directo de esputo. En los casos positivos este es el medio más adecuado para seguir la evolución del paciente.

Pronóstico

Los factores de mal pronóstico son:

- Edad: los dos momentos peligrosos en la vida de un niño para padecer TBC pulmonar son la primera infancia y la adolescencia. En el primer caso, el riesgo se vincula a que se produce la primoinfección con su natural tendencia a la caseificación y a la siembra linfohemática (miliar, meníngea). En la adolescencia el peligro está dado por la facilidad con que se producen lesiones excavadas (cavernas).
- Estado nutricional: la desnutrición a cualquier edad constituye un factor desfavorable.
- Vacunación BCG: la falta de esta vacuna facilita el desarrollo de formas más graves y diseminadas

como TBC miliar y TBC meníngea, pero la presencia de cicatriz de BCG no descarta estos diagnósticos.

- Enfermedades asociadas: aquellas que ejercen un efecto negativo transitorio o definitivo sobre los mecanismos de defensa, en especial los inmunológicos, que influyen desfavorablemente en el pronóstico.
- Fuente de contagio: es un factor desfavorable el contacto íntimo, permanente y prolongado con enfermos bacilíferos.
- Sensibilidad del *Mycobacterium tuberculosis*: la presencia de resistencia micobacteriana a medicamentos en el foco contagiante o en el niño empeora el pronóstico.
- Factores socioeconómicos y culturales: las malas condiciones de vivienda, la promiscuidad, la drogadicción, los contactos con grupos de riesgo para la infección por VIH y el pertenecer a hogares inestables, con padres golpeadores o alcohólicos, constituyen factores de riesgo para el desarrollo de formas clínicas graves, reinfecciones y abandonos de tratamiento.

Seguimiento

- Clínico: control mensual, con curva de peso, examen físico completo, control oftalmológico si recibe etambutol y debe interrogarse sobre los posibles efectos adversos o signos de intolerancia a los medicamentos. Es necesario valorar el cumplimiento del tratamiento en el paciente, en el grupo familiar y en el foco de contagio. Luego de finalizado el tratamiento debe realizarse el control a los tres, seis y doce meses.
- Radiológico: al inicio, al segundo mes y al fin del tratamiento.
- Bacteriológico: al inicio. Si fue positivo se repetirá a los quince días y al mes; si continúa positivo luego del segundo mes, evaluar incumplimiento de las indicaciones, esquema antituberculoso inadecuado para la forma clínica, o resistencia micobacteriana a las drogas empleadas. Si se negativizó se hará nuevo control al finalizar el tratamiento.
- Laboratorio: hemograma, eritrosedimentación y hepatograma al inicio, a los dos meses y al finalizar el tratamiento. Si hay signos clínicos de intolerancia a medicamentos se debe solicitar el laboratorio o control correspondiente.

Bibliografía

Comité Nacional de Infectología y Neumología. Tuberculosis infantil. Modificaciones a los criterios de diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis infantil. Arch Argent Pediatr 2007; 105: 54-5.

Programa Nacional de Control de la Tuberculosis. Normas Técnicas 2008. Ministerio de Salud de la República Argentina, 3° ed, 2008.