

Tabla 1 (Continuación)

Nombre de la guía o documento	Institución (país, año)	Contra-indicación BCG ^a	Dirección electrónica
Canadian Immunization Guide	Public Health Agency of Canada (Canadá, 2012)	Sí	http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cig-gci/p04-bcg-eng.php
Immunisation Guidelines for Ireland. Chapter 22-Tuberculosis	National Immunisation Office (Irlanda, 2014)	Sí	http://www.hse.ie/eng/health/immunisation/hcpinfo/guidelines/chapter22.pdf
The Australian Immunisation Handbook	Australian Government. Department of Health. (Australia, 2014)	Sí	http://www.immunise.health.gov.au/internet/immunise/publishing.nsf/Content/7B28E87511E08905CA257D4D001DB1F8/\$File/handbook
Immunisation Handbook	Ministry of Health (Nueva Zelanda, 2014)	Sí	http://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/immunisation-handbook-may14-v4.pdf

BCG: bacilo de Calmette-Guérin; IGRA: interferon gamma release assay.

^a Contraindicación de vacunar con BCG en caso de IGRA/prueba de tuberculina positiva

Bibliografía

1. Baquero Artigao F, Mellado Peña MJ, del Rosal Rabes T, Noguera Julián A, Goncé Mellgren A, de la Calle Fernández-Miranda M, et al., Grupo de trabajo de tuberculosis gestacional, congénita y posnatal de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP). Guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en la embarazada y el recién nacido (ii): profilaxis y tratamiento. *An Pediatr (Barc)*. 2015;83:288. e1-7.
2. Starke JR, Cruz AT. Tuberculosis. En: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado Y, editores. *Infectious diseases of the fetus and the newborn infant*. 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 594.

B. Guarch Ibáñez^a, A. Bruguera Riera^b,
A. González Antelo^b y J.A. Rodrigo Pendás^{b,*}

^a Servicio de Pediatría, Fundació Salut Empordà, Figueres, Girona, España

^b Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jarodrig@vhebron.net
(J.A. Rodrigo Pendás).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.06.003>

Réplica a: Recomendaciones de vacunación con BCG en niños con infección tuberculosa latente



Reply to: BCG vaccination recommendation in children with latent tuberculosis infection

Sra. Editora:

La vacuna BCG protege especialmente contra formas diseminadas y meníngeas de tuberculosis en los lactantes. Por este motivo, la OMS recomienda vacunar a los hijos de madres con tuberculosis tras 6 meses de profilaxis con isoniazida, una vez se haya descartado tuberculosis activa. En países de alta endemia de tuberculosis, las sociedades científicas

nacionales recomiendan también la administración de vacuna BCG al nacimiento a los hijos de madres con tuberculosis, exceptuando únicamente aquellos con tuberculosis congénita o infección por VIH¹. Starke y Cruz recomiendan también la vacunación en el recién nacido expuesto a tuberculosis multirresistente o si el caso índice presenta mala adherencia y no puede asegurarse un seguimiento adecuado del niño².

La guía de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica sobre tuberculosis en el recién nacido no establece una recomendación general de administrar vacuna BCG a los hijos de madres con tuberculosis, ya que en nuestro medio la prevalencia es baja y realizamos seguimiento muy cercano del recién nacido expuesto. Sin embargo, existen 2 situaciones de alto riesgo en las que debe considerarse la vacunación con BCG: 1) exposición a tuberculosis multirresistente, y 2) contacto estrecho con un paciente bacilífero con mal cumplimiento terapéutico, si fracasan otras estrategias de prevención.

En caso de infección tuberculosa confirmada, la mayoría de guías contraindican la vacuna BCG, aunque pocas

Véase contenido relacionado en DOI:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.06.003>

hacen referencia concreta a los lactantes de madres con tuberculosis, que tienen mayor riesgo de desarrollar enfermedad grave. Mientras que algunas guías no recomiendan la vacunación si el niño tiene una prueba de tuberculina positiva, otras la recomiendan al finalizar la profilaxis secundaria; las guías sudafricanas incluso la indican después de haber pasado la enfermedad¹. En la Guía de la OMS-2006, se especifica que los recién nacidos hijos de madre con tuberculosis pulmonar bacilífera «deben recibir 6 meses de isoniazida seguidos de vacunación BCG. Otra alternativa es administrar isoniazida 3 meses y hacer entonces prueba de tuberculina. Si el resultado es negativo, se debe suspender la isoniazida y administrar vacuna BCG. Si la prueba es positiva, se debe mantener isoniazida 3 meses más y tras suspenderla administrar la BCG»³. Esta guía ha servido de referencia para que expertos internacionales recomienden la vacunación BCG en lactantes infectados una vez completada la profilaxis⁴.

Los autores de la guía española no recomendamos la vacunación universal con BCG en nuestro medio en neonatos y lactantes con infección tuberculosa, ya que la profilaxis con isoniazida ha demostrado una gran eficacia en cepas sensibles, el seguimiento clínico de los pacientes está garantizado en la mayoría de los casos y pueden producirse reacciones locales tras su administración. Sin embargo, debe considerarse la vacunación en hijos de madres con tuberculosis multirresistente o extremadamente resistente, donde el tratamiento farmacológico preventivo no ha demostrado hasta la fecha un beneficio claro, y en aquellos lactantes infectados que no puedan garantizarse medidas preventivas adecuadas.

El mayor riesgo demostrado de formas diseminadas y graves en los recién nacidos y lactantes pequeños nos reafirma en que el potencial beneficio de la vacuna justifica *considerar* esta indicación.

Bibliografía

- Mittal H, Das S, Faridi MMA. Management of newborn infant born to mother suffering from tuberculosis: Current recommendations & gaps in knowledge. *Indian J Med Res.* 2014;140:32–9.
- Starke J, Cruz A. Tuberculosis. En: Remington JS, Klein JO, Wilson CB, Nizet V, Maldonado Y, editores. *Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant.* 7th edition Philadelphia: Elsevier Saunders; 2011. p. 577–600.
- World Health Organization. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children [Internet]. Geneva: WHO; 2006. [consultado 7 Jun 2015]. Disponible en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/hm.tb.2006.371/en/
- Whittaker E, Kampmann B. Perinatal tuberculosis: New challenges in the diagnosis and treatment of tuberculosis in infants and the newborn. *Early Hum Dev.* 2008;84:795–9.

F. Baquero-Artigao^{a,c,*}, T. del Rosal Rabes^a, A. Noguera Julián^b, M.J. Mellado Peña^{a,d} y Grupo de Trabajo de Tuberculosis Gestacional Congénita y Postnatal de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica (SEIP),

^a Servicio de Pediatría, Enfermedades Infecciosas y Patología Tropical, Hospital Infantil La Paz, Madrid, España

^b Unidad de Infecciones, Servicio de Pediatría, Hospital Sant Joan de Déu, Universitat de Barcelona, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

^c Coordinador del grupo de Infección Congénita y Perinatal de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica

^d Coordinadora del grupo de Tuberculosis de la Sociedad Española de Infectología Pediátrica

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fbaquero@terra.com

(F. Baquero-Artigao).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2015.07.001>

Las crisis abdominales recidivantes pueden tener origen genético



Recurrent abdominal crises can have genetic origin

Sra. Editora:

En su interesante carta científica, Manrique Martín et al.¹ presentan 2 casos de vólvulo gástrico crónico que se manifiestan en crisis intermitentes de abdomen agudo. En sus consideraciones sobre la casuística, indican acertadamente la variabilidad expresiva clínica del vólvulo gástrico crónico y la escasa especificidad de sus manifestaciones. Se trata de episodios repetidos de distensión aguda abdominal, potencialmente graves, cuyo diagnóstico diferencial constituye un evidente problema clínico.

Cuando consideran las distintas causas posibles de las crisis de distensión abdominal, los autores incluyen diferentes

entidades nosológicas, de naturaleza dispar, expresión sistémica variable y difuso diagnóstico; lo cual requiere una visión integral del paciente.

En este grupo debería incluirse una entidad hereditaria responsable de acusada morbilidad en forma de crisis abdominales recidivantes en niños: la pseudoobstrucción intestinal ligada al cromosoma X o pseudoobstrucción intestinal crónica idiopática (PICI) (OMIM: 300048). Se trata de una seria anomalía de la propulsión gastrointestinal debida a mutación inactivante o duplicación del gen FLNA (Xq28). Se manifiesta en crisis episódicas recurrentes de abdomen agudo (dolor, distensión abdominal, náuseas y vómitos). En las reiteradas asistencias de urgencia a estos niños, no se detecta actividad inflamatoria ni anomalía estructural que ocluya la luz intestinal. En realidad, la PICI es una de las 11 entidades alélicas reconocidas (OMIM: 300017) debidas a esta anomalía génica, aunque el solapamiento entre ellas apoya la creciente opinión de que en conjunto constituyen una única entidad con amplio espectro expresivo. La propia PICI, de aparición en la primera infancia, puede expresarse de forma variable, con asociación o relación con