

## Réplica

*Sr. Editor:*

Apreciamos los comentarios del Dr. Álvez al artículo recientemente publicado por nosotros en su revista sobre la utilidad de la antibioterapia en el tratamiento de las adenopatías por micobacterias no tuberculosas (MNT)<sup>1</sup>. Coincidimos en que la resección quirúrgica<sup>2</sup> sigue siendo el tratamiento de elección, y en la posible necesidad de tratamiento médico asociado a la cirugía. Si bien no está claro el papel de la quimioterapia, ésta puede asociarse a una reducción del tamaño de las adenopatías y facilitar el tratamiento quirúrgico. No obstante, no está establecido cuál debe ser el tratamiento médico de elección<sup>3</sup>. La excelente actividad *in vitro* de los nuevos macrólidos, azitromicina y claritromicina, y la buena experiencia en inmunodeprimidos con infección diseminada por *Mycobacterium-avium complex* hace que se les considere fármacos de elección, existiendo más experiencia con claritromicina<sup>4,5</sup> en el tratamiento de adenitis en niños. Sin embargo, el riesgo de desarrollo de resistencias a la monoterapia, como se ha documentado en inmunodeprimidos, sugiere la necesidad de asociar al menos un segundo fármaco. Existe experiencia, limitada, con rifampicina, rifabutina<sup>5</sup>, etambutol y ciprofloxacino<sup>6</sup> en niños. Todos estos fármacos presentan sus inconvenientes. La rifampicina es mucho menos activa que los otros tres fármacos. La rifabutina es cara y no está disponible en España. El etambutol, aunque es bien tolerado en niños, no existe en solución, lo que limita el ajuste de dosis, y como reconoce el Dr. Álvez presenta potencial toxicidad óptica, que es difícil controlar en niños pequeños, edad habitual de presentación de las adenitis por micobacterias. Coincidimos en que las quinolonas no deberían utilizarse en niños si hay otras opciones. No obstante, ciprofloxacino es un fármaco muy bien tolerado en niños, con una amplísima experiencia de su seguridad, existe en solución, y datos de posible efectividad en el tratamiento de adenitis por micobacterias en edades pediátricas<sup>7</sup>. En nuestra opinión, la mayor consideración en contra del uso de quinolonas en niños no es la seguridad para el niño individualmente, sino el empleo extenso en infecciones comunes de la comunidad por el riesgo de desarrollo y transmisión de cepas resistentes como ocurre en el adulto en nuestro país.

La adenitis por micobacterias no tuberculosas, aunque es una enfermedad relativamente común en pediatría, se presenta esporádicamente, y el uso de quinolonas no pensamos que suponga para la comunidad un riesgo de transmisión de resistencias a patógenos comunes<sup>8</sup>. Respecto a la administración de ciprofloxacino en el niño diagnosticado de adenitis por micobacterias, creemos que se deben poner en la balanza los riesgos y beneficios, incluyendo la escasa evidencia de eficacia, el posible beneficio asociado a cirugía y claritromicina, la falta de datos de que exista otro tratamiento médico mejor, así como la amplia evi-

dencia de seguridad en niños y su fácil dosificación, a pesar de que las quinolonas no están aún aprobadas en pediatría.

**F.J. Sanz Santaefemia<sup>a</sup>, J.T. Ramos Amador<sup>a</sup>,  
E. Giangaspro<sup>a</sup>, J.M. Sánchez Granados<sup>a</sup>,  
E. Palenque<sup>b</sup> y M.I. González Tomé<sup>a</sup>**

<sup>a</sup>Unidad de Micobacterias. Departamento de Microbiología. <sup>b</sup>Unidad de Inmunodeficiencias. Departamento de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

**Correspondencia:** Dr. F.J. Sanz Santaefemia. Centro de Salud Baviera. Avda. de Baviera, 9. 28820 Madrid. España. Correo electrónico: fsanz.gapm02@salud.madrid.org

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sanz Santaefemia FJ, Ramos Amador JT, Giangaspro E, Sánchez Granados JM, Palenque E, González Tomé MI. Utilidad de antibioterapia asociada a cirugía en el tratamiento de adenopatías por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)*. 2005; 62:282-5.
2. Sigale D, Lees G, Fanning A. Atypical tuberculosis in the pediatric patient: Implications for the pediatric surgeon. *J Pediatr Surg*. 1992;27:1381-4.
3. Baquero-Artigao F. Infección por micobacterias no tuberculosas. *An Pediatr (Barc)*. 2005;62:458-66.
4. Tessier MH, Amorid MJ, Mechinaud F, Dubesset D, Litoux P, Stai-der JF. Clarithromycin for atypical mycobacterial lymphadenitis in non-immunocompromised children. *Lancet*. 1994;344: 1778.
5. Berger C, Pfyffer GE, Nadal D. Treatment of nontuberculous mycobacterial lymphadenitis with clarithromycin plus rifabutin. *J Pediatr*. 1996;128:383-6.
6. Clark JE, Maggee JG, Cant AJ. Non-tuberculous mycobacterial lymphadenopathy. *Arch Dis Child*. 1995;72:165-6.
7. American Academy of Pediatrics. Agentes antimicrobianos y tratamiento relacionado. En: Pickering LK, ed. *Red Book: 2003 Report of the Committee on Infectious Diseases*. 26th ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2003. p. 581.
8. Gendrel D, Chalumeau M, Moulin F, Raymond J. Fluorquinolones in paediatrics: A risk for the patient or for the community? *Lancet Infect Dis*. 2003;3:537-46.