

Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica

SECCIÓN A CARGO DE *MARÍA JULIA LAMBORIZIO* Y *NICOLÁS FALK* (CODEI-HNRG)

Mercedes Vázquez^a, María Agustina Pirker^b, Jesica Bobbio^c y Pamela Brizuela^d

DATOS PERSONALES

Nombre y apellido: MTHMA.
Edad: 2 años y 11 meses.
Sexo: masculino.
Fecha de ingreso: junio 2015.
Procedencia: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

MOTIVO DE CONSULTA

Diarrea crónica reagudizada.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente de 2 años y 11 meses, con antecedente de diarrea crónica en estudio, consulta a guardia del HNRG por aumento del número y frecuencia de deposiciones, agregando en éstas sangre y moco en las últimas 48 horas. Presenta además vómitos alimentarios, dolor abdominal cólico, pujos y tenemos (síndrome disentérico), asociado a síndrome febril de dos semanas de evolución y muguet oral.

En la guardia se lo valora con deshidratación moderada, se realiza laboratorio, constatándose hipokalemia severa. Se indica corrección rápida de potasio y se decide su internación para hidratación endovenosa.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Embarazo no controlado.
- Nacido de término 40 semanas, alto peso para la edad gestacional (4,600 kg), por cesárea. Alta conjunta a las 48 hs. No recuerda resultado de PPN.
- Lactancia materna exclusiva los primeros meses de vida.

- Seguimiento pediátrico irregular.
- Dos episodios de broncoespasmo, a los 6 meses y 2 años de vida, de tratamiento ambulatorio.
- Diarrea desde los primeros meses de vida: deposiciones líquidas diarias, sin moco, pus ni sangre, diurnas y nocturnas.
- No presenta antecedentes familiares patológicos a destacar.
- Vacunas: completas por referencia.

EXAMEN FÍSICO

Aspecto general: Regular estado general, impresiona adelgazado, afebril, vigil reactivo, conectado. Hemodinámicamente estable, eupneico, taquicárdico, sin soplos audibles. Mucosas semihúmedas, diuresis negativa de 6-8 hs. Xerosis generalizada.

Signos vitales: 120x/c. 26x/r. 98% sat AA. 36,5 T^a.

Aspecto gastrointestinal: abdomen blando, depresible, doloroso en forma difusa. Ruidos hidroaéreos aumentados.

Lesiones blanquecinas en mucosa yugal. Mal estado dentario.

Antropometría: P: 13,3 kg (Pc 25)
T: 94,5 cm (Pc 25)

Diagnóstico al ingreso:

- **Diarrea crónica reagudizada.**
- **Síndrome disentérico.**
- **Deshidratación moderada.**
- **Hipokalemia severa.**
- **Muguet oral.**

Exámenes complementarios solicitados durante la internación:

- HMC x 2: negativos.
- Fresco de MF: abundantes leucocitos, hematíes escasos.
- Coprocultivo: *Shigella flexneri*.
- Viroológico de materia fecal: Rotavirus.
- Parasitológico fresco: Entamoeba histolítica.
- Verotoxina *E. Coli* O157H7: negativa.

a. Jefa de residentes de Clínica Pediátrica.

b. Residente de segundo año de Clínica Pediátrica.

c. Residente de primer año de Clínica Pediátrica.

d. Residente de segundo año de Clínica Pediátrica, Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Moreno, provincia de Buenos Aires. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (HNRG). Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

- Funcional de materia fecal: Ph 7. Esteatocrito dentro de límites normales.
- Serologías: HCV: negativo/ HBV: negativo/VDRL negativo/Toxoplasmosis negativo/ Chagas negativo/ HIV: ELISA x 2 positivo. Western Blot HIV: positivo.
- GAM: IgG 2290 (1089+/-259); IgA 1080 (86+/-46); IgM 311 (105+/-26).
- Poblaciones linfocitarias: CD3 84%; CD 4 13% (364); CD 8 64%.
- Carga viral: 190000 copias/ml.
- Ecografía abdominal: hepatomegalia leve, aumento de la ecogenicidad hepática.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

El paciente presenta un síndrome disentérico reagudizando un cuadro de diarrea crónica. Inicialmente se realiza la corrección de alteraciones electrolíticas y reposición de fluidos. Luego se realizaron los estudios previamente mencionados, indicando tratamiento orientado a los rescates microbiológicos obtenidos.

Presenta estudios realizados en otro centro: test molecular para fibrosis quística negativo, IgG e IgA antitransglutaminasa negativos.

Debido a su cuadro de diarrea crónica con características compatibles con causa orgánica se decide realizar: dosaje de anticuerpos anticeliaca, parasitológico seriado en MF y proteinograma electroforético.

En el contexto de los antecedentes del paciente: diarrea crónica reagudizada con un síndrome disentérico, rescate de tres gérmenes diferentes (coinfeción), muguet oral, hepatomegalia leve, broncoespasmos a repetición, embarazo no controlado sin serologías previas constatadas, se realizan estudios para descartar inmunodeficiencias: inmunoglobulinas, poblaciones linfocitarias y serologías.

Se recibe el resultado positivo de ELISA para virus de HIV en dos muestras distintas, con confirmación diagnóstica por Western Blot.

Dado que el 97% de los casos de HIV pediátrico son por transmisión vertical madre hijo, se solicitan serologías maternas resultando positivas para HIV.

EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO

Inicialmente se realizó tratamiento de la hipokalemia severa. 1meq/kg/dosis de cloruro de potasio 3M.

Se indicó tratamiento para los patógenos hallados: Ceftriaxona 50.

Mg/kg/día, Metronidazol 40 mg/kg/día y Fluconazol 10 mg/kg/día.

Se comenzó tratamiento antirretroviral durante la internación con Zidovudina, Lamivudina y Lopinavir/ritonavir con buena tolerancia.

En los días sucesivos se evidenció mejoría progresiva del estado general, normohidratación, ganancia de peso, normalización del medio interno, de las características de las deposiciones y curva febril.

Se realizaron serologías a ambos padres resultando positivas para HIV, con posterior derivación a un servicio de infectología de adultos de un hospital cercano. Se solicitan serologías para HIV a los hermanos mayores siendo las mismas negativas.

Actualmente se encuentra en seguimiento multidisciplinario por los servicios de clínica pediátrica, infectología y gastroenterología de nuestro hospital.

DISCUSIÓN

Se define diarrea crónica a la alteración de las deposiciones, ya sea por aumento del número y/o frecuencia y/o volumen, mayor a 30 días de duración. El cuadro puede ser continuo o con intervalos de mejoría.

Es una patología de elevada prevalencia en nuestro medio y presenta relación directa con las condiciones socioeconómicas.

Para el diagnóstico etiológico, inicialmente es importante diferenciar las diarreas de causa funcional y orgánica. Las diarreas de causa funcional se caracterizan por presentar síntomas gastrointestinales que no se explican por anomalías estructurales o bioquímicas. No presentan consecuencias nutricionales. Este es el caso de la diarrea crónica inespecífica-síndrome del intestino irritable. Las diarreas de causa orgánica pueden ser identificadas por algunos síntomas como: cuadros persistentes que no mejoran o empeoran, deposiciones nocturnas, pérdida de peso y retraso de crecimiento, deposiciones de tipo esteatorreico o con moco y sangre. Estos síntomas estaban presentes en nuestro paciente. En estos casos debemos buscar la etiología causal e iniciar eventual tratamiento.

Planteamos como diagnósticos diferenciales más frecuentes las siguientes causas de diarrea crónica:

- Síndrome postenteritis
- Giardiasis
- Enfermedad celíaca
- Alergia a la proteína de leche de vaca
- Fibrosis quística
- Enfermedad inflamatoria intestinal
- Inmunodeficiencias
- Tumores
- Déficit de sacarasa-isomaltasa

Para llegar al diagnóstico, se debe realizar una minuciosa historia clínica que incluya: edad de comienzo, alimentación, características socioeconómicas, deposiciones, antecedentes patológicos del paciente y su familia, curva de peso y talla. Se debe realizar un examen físico completo y detallado. Tanto la anamnesis como el examen físico son los instrumentos más importantes para el abordaje diagnóstico.

En el caso de ser necesario se recomienda realizar estudios complementarios orientados según la sospecha clínica. Éstos deben realizarse en forma escalonada de menor a mayor complejidad.

En el caso presentado se realizó el diagnóstico de infección por HIV.

Para confirmar el diagnóstico de HIV antes de los 18 meses es necesario la detección del

virus (2 PCR positivas). Luego de los 18 meses se realiza con serología mediante método ELISA y confirmado por WESTERN BLOT. La transmisión vertical del virus se produce de forma transplacentaria, durante el pasaje por el canal de parto o a través de la lactancia. Para prevenirla contamos con la detección mediante el control con serologías en los tres trimestres del embarazo, y también con la realización de serologías a la pareja. En el caso de ser positiva se implementa la profilaxis adecuada, que consiste en tratamiento anti-retroviral a partir de la semana 14 del embarazo, tratamiento intraparto y al recién nacido desde las 6-8 horas de vida por 6 semanas, con reducción del riesgo de transmisión de 66%. Si no se cuenta con controles durante el embarazo, es de suma importancia la realización de test rápido intraparto para tener la oportunidad de realizar terapias cortas para prevención, y contraindicar la lactancia materna hasta el resultado del mismo (riesgo de transmisión por lactancia 14%, riesgo aumentado durante infección aguda 29%).

Los cuadros clínicos y los parámetros de laboratorio que orientan a la infección por HIV son: Infecciones bacterianas recidivantes: leves (otitis media aguda, faringitis, sinusitis) y severas (neumonías, sepsis, meningitis); candidiasis oral persistente; retraso neuroma-

ESTUDIOS INICIALES	MEDIANA COMPLEJIDAD	PRUEBAS ESPECIALES
<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma • Química • Inmunoglobulinas • Coprocultivo • Coproparasitológico en MF • Viroológico en materia fecal • Fresco en materia fecal • Ionograma en materia fecal • Prueba de H₂ en materia fecal, cuerpos reductores, ph en mf. • Acs. Celiaquía, IgA Total • Van de Kamer, Test del sudor • Funcional de mf, elastasa • Clearance de alfa 1 antitripsina • Calprotectina 	<ul style="list-style-type: none"> • Endoscopia-Biopsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Inmunohistoquímica intestinal • Anticuerpo antienterocito • Autoanticuerpos • Cromograninas y catecolaminas • Medición de SeHCAT • Actividades enzimáticas del borde en cepillo • Estudios de motilidad y electrofisiológico

durativo; detención del crecimiento; diarrea recidivante; linfadenopatías generalizadas; hepatoesplenomegalia; neumonitis intersticial crónica (mayor a 2 meses de evolución); síndrome febril prolongado; desnutrición sin causa aparente; parotiditis recidivante; hepatitis persistente; cardiomiopatía; nefritis; púrpura trombocitopénica autoinmune; anemia (hemoglobina menor a 8 mg/dl); linfopenia CD4; hipergammaglobulinemia.

Una vez realizado el diagnóstico, es importante categorizar a los pacientes. Se realiza el laboratorio inmunológico, con recuento de linfocitos CD4. Nuestro paciente se encontraba al momento del diagnóstico en la categoría clínica B: síntomas moderados (candidiasis orofaríngea, diarrea crónica persistente) y categoría inmunológica 3, encuadrando en un compromiso grave: CD4 <15%, categoría B3.

La diarrea es una causa frecuente de morbilidad en pacientes con HIV, y puede estar causada por patógenos tanto comunes como oportunistas. Es importante remarcar que en estos pacientes la diarrea puede ser multifactorial, siendo prioritario descartar la causa infecciosa.

COMENTARIO

El control del embarazo y el diagnóstico prenatal de HIV es de suma importancia para la prevención y control de esta enfermedad. En nuestro medio aún encontramos casos donde no se realiza de forma adecuada, por lo que tenemos que estar alertas a síntomas que nos orienten al diagnóstico en estadíos más tempranos. La causa de que este objetivo aún no se pueda cumplir es multifactorial, y como trabajadores de la salud es nuestra responsabilidad poder mejorar esta situación en sus diferentes niveles.

El abordaje multidisciplinario con el trabajo de los distintos especialistas, incluidos los equipos de salud mental y servicio social, y el abordaje con una mirada integral de toda la familia, proporcionaron una mejoría notable en nuestro paciente.

AGRADECIMIENTOS

- Unidad de Clínica Pediátrica número 5, Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
- Lidia Torrado, médica de planta de Servicio de Infectología de Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.
- Nicolás Falk, Comité de Docencia, Hospital de niños Ricardo Gutiérrez.

BIBLIOGRAFÍA

- Gaiano A, Bruno M. Guía de atención para niñas y niños expuestos e infectados por HIV. Versión preliminar. Ministerio de Salud de la Nación. 2015.
- Adaszko A, Arazi Caillaud S. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con HIV. Ministerio de Salud de la Nación-Unicef. Diciembre de 2012.
- Aberg J, Kaplan J. Primary care guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: 2009 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 2009;49:651-81.
- Fallo A, Torrado L. Sospecha diagnóstica en niños con HIV. *Infectious Diseases Society of America. Clinical Infectious Disease (IDSA)*. 2003.
- Centers of Disease Control and Prevention: 1994 Revised Classification System for Human Immunodeficiency Virus infection in children less than 13 Years Of Age. *MMWR Morb Mortal Weakly Rep.* 43 1994.
- Ammoury R, Croffie J. Malabsorptive Disorders of Childhood. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics in Review* 2010;31;407.
- Zella G, Israel E. Chronic diarrhea in children. *American Academy of Pediatrics. Pediatrics in Review* 2012;33;207.
- Toca M. Diarrea aguda y crónica. *Pronap* 2012. 69:107.
- Ramos Boluda E, Sarriá Osés J. Diarrea crónica. Hospital Universitario La Paz, Madrid. Protocolos diagnóstico terapéuticos de Gastroenterología, hepatología y nutrición pediátrica. Asociación Española de Pediatría.