

Ateneo de residentes de Clínica Pediátrica HNRG

SECCIÓN A CARGO DE FLORENCIA PALMIERI Y ERNESTINA SARMIENTO

ANTONELLA CASAGRANDE^b, CARLA CATALINA MANAGÓ^b, GUADALUPE PICON^c, PAULA TASSO^b, NATALÍ PERICON^b

Nombre y Apellido: J.L.

Edad: 20 meses.

Procedencia: Monte Grande, provincia de Buenos Aires.

Motivo de consulta: fiebre y rinorrea.

ENFERMEDAD ACTUAL

Paciente femenina de 20 meses que consultó a la Unidad Febril de Urgencia del HNRG por presentar rinorrea y síndrome febril de 1 semana de evolución (1 a 2 registros diarios con máximo de 39° C). Con diagnóstico de otitis media aguda bilateral y catarro de vía aérea superior se indicó tratamiento con azitromicina por antecedente de alergia a la amoxicilina. Consultó a las 48 horas con persistencia de los registros febriles, otitis media aguda bilateral y la aparición de un rash maculopapular en tronco y eritema malar. Al interrogatorio la madre refirió antecedente de múltiples síndromes febriles en los últimos 3 meses. En el laboratorio de un mes previo se constató aumento de transaminasas y LDH; se solicitó un nuevo laboratorio donde se observó franco aumento de transaminasas con patrón colestásico y reactantes de fase aguda elevados (GOT 2737 U/l, GPT 752 U/l, FAL 604 U/l, GGT 1155 U/l, BD 0.88 mg/dl, LDH 871 U/l, VSG 45 mm/h, Coagulograma activado). Se decidió su internación por hepatitis aguda para estudio y eventual tratamiento.

EXAMEN FÍSICO AL INGRESO

Paciente en regular estado general, hemodinámicamente compensada. Febril (38° C). Taquicár-

dica (150 lpm). Muguete en paladar blando y úvula. Ambas membranas timpánicas abombadas y congestivas. Abdomen globuloso, blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos conservados, sin visceromegalias.

Antropometría

- Peso 9.700 Kg (pc 10-25) **presentó un descenso de 400 gramos en el último mes.**
- Talla 83 cm (pc 50-75).
- PC 46 cm (pc 25-50).

Antecedentes personales

- NT 39 sem/ PAEG 3600 gr.
- Serologías del tercer trimestre del embarazo negativas.
- Vacunas completas para la edad.
- Internación al año de vida por deshidratación secundaria a disentería sin rescate de bacterias.
- A los 18 meses: síndrome febril sin foco con exámenes de laboratorio donde se constató aumento de transaminasas y reactantes de fase aguda (LDH 1350 U/l, GPT 82 U/l, GOT 117 U/l, PCR 16.8 mg/l, VSG 95 mm/h).
- Múltiples interurrencias por CVAS y faringitis aguda, algunas de las cuales requirieron tratamiento con amoxicilina. A los 15 meses, presentó rash maculopapular no pruriginoso, que se asumió como alergia a la amoxicilina.

Antecedentes familiares

Sin antecedentes de relevancia.

ABORDAJE DIAGNÓSTICO

Al ingreso a nuestro hospital se plantearon como diagnósticos diferenciales causas infecciosas, autoinmunes y/o inmunodeficiencia.

a. Instructora de residentes de Clínica Pediátrica, CODEI, HNRG.

b. Residente de tercer año, Clínica Pediátrica, HNRG.

c. Jefa de residentes, Clínica Pediátrica, HNRG.

Por presentar múltiples interurrencias infecciosas y muguet persistente, por sospecha de inmunodeficiencia se realizó: dosaje de inmunoglobulinas con los siguientes resultados: IgG e IgM normales, IgA aumentada 651mg/dl (VN 38-134 mg/dl), poblaciones linfocitarias con **linfopenia con inversión CD4-CD8**, anticuerpos para celiacía (negativos) y proteinograma que informa perfil tipo inflamatorio. Se descartaron además: enfermedad de Wilson, déficit de alfa 1 antitripsina y causa tumoral con dosaje de ceruloplasmina, alfa 1 antitripsina; ambas dentro de límites normales y alfafetoproteína levemente aumentada, que se asumió secundario a inflamación hepática. Se realizó ecografía abdominal, dentro de límites normales.

Como estudio de síndrome febril prolongado, para descartar causas infecciosas, se realizaron dos hemocultivos y urocultivo con resultados negativos. Radiografía de tórax donde se observó infiltrado intersticial difuso. Serologías para CMV, EBV, VHA, VHB, VHC, Covid-19, Rubéola, Sarampión, RPR, Chagas y toxoplasmosis negativas; Parotiditis IgG positiva, y **VIH ELISA-Ag positivo (ELISA-Ac negativo)**. Se repitió ELISA: Ag positivo y se ingresó PCR para VIH: positiva. Confirmándose el diagnóstico de VIH agudo.

Como parte de la búsqueda para identificar fuente de contagio, se realizó ELISA a la madre con resultado positivo; se asumió como transmisión por lactancia materna por presentar ELISA-VIH negativo al momento del parto y en el puerperio.

Previo al comienzo del tratamiento con antirretrovirales, la paciente comenzó con taquipnea asociada a un infiltrado intersticial difuso en Radiografía de tórax. Por sospecha de tuberculosis (TB) se presentó al servicio de tisiología, quienes con PPD (0 mm), tomografía de SNC, cuello, tórax, abdomen y pelvis sin imágenes patológicas, lavados gástricos X3, LCR para cultivo y PCR para TB negativos descartaron este diagnóstico e inició tratamiento antirretroviral con Raltegravir, Zidovudina y Lamivudina.

DIAGNÓSTICO FINAL

HIV agudo por transmisión vertical tardía.

DISCUSIÓN

El VIH es uno de los principales problemas de la salud pública, provocó alrededor de 36 millones de muertes en el mundo desde el primer caso reportado en 1981.¹ Es una infección crónica que sin

tratamiento presenta altas tasas de morbimortalidad.² Con respecto a la información epidemiológica en Argentina, la misma es limitada en el caso de los niños, niñas y adolescentes con VIH y esto ocurre en parte por la subnotificación de los casos y por el énfasis puesto en la transmisión entre los jóvenes y adultos.

Desde el inicio de la epidemia hasta diciembre de 2014, el Ministerio de Salud de la Nación recibió 10 264 notificaciones de personas de 0 a 19 años, de las cuales 5397 (56%) pertenecían al grupo de 0 a 14 y 4867 (47%) al grupo de 15 a 19 años. Desde 2002 se ha observado una disminución progresiva de la tasa de incidencia de transmisión perinatal y aumento de las infecciones durante las relaciones sexuales desprotegidas de los adolescentes de 15 a 19 años.³

En cuanto a las manifestaciones clínicas, el VIH en edad pediátrica sin tratamiento antirretroviral puede presentar un deterioro rápido y acelerado en comparación con la infección en adultos, manifestando síntomas el primer año de vida (20 % SIDA en el primer año), evolucionando a SIDA en los primeros 4 años y con una supervivencia de 7 a 8 años de edad.² Siendo la mayoría de las infecciones cercanas al parto o posterior, el recién nacido suele ser asintomático. El período de incubación de la infección tras la transmisión vertical del virus es muy corto, de 4 a 5 meses. La sintomatología es inespecífica como linfadenopatías, esplenomegalia, hepatomegalia, pérdida de peso o retraso pondoestatural, parotiditis, infecciones bacterianas recurrentes, candidiasis oral persistente y encefalopatía.²

En el caso de la paciente presentada, su edad no se encuentra en el grupo etario más frecuente de diagnóstico, pero presentaba antecedentes de interurrencias infecciosas en el último año y al momento de la consulta nuevamente cursaba un síndrome febril prolongado, asociado a muguet oral y otitis media aguda sin respuesta al tratamiento antibiótico; lo cual hace sospechar compromiso inmunológico.

La principal vía de contagio en la edad pediátrica es la transmisión vertical, siendo la mayoría de casos en países subdesarrollados. Esta puede ocurrir durante el embarazo, el parto o a través de la lactancia materna.⁴

Con respecto a esta última, la incidencia oscila entre el 7-22%. En los países desarrollados, se recomienda que las madres infectadas con VIH no amamenten ya que existen alternativas viables



para alimentar a los niños.⁴ En cambio la mayoría de las madres con VIH habitan en los países subdesarrollados donde no es factible la suspensión de la lactancia materna por falta de agua potable o por escasos recursos económicos para acceder a la leche de fórmula.⁴ Los factores que aumentan el riesgo de contagio durante la lactancia son la primoinfección, la carga viral materna elevada, la inmunodepresión y los procesos infecciosos maternos. En un estudio transversal, analítico y retrospectivo, realizado en Brasil entre el 2010 y 2015, se evaluaron a 122 pacientes entre 0 y 15 años con diagnóstico de VIH con el objetivo de identificar la vía de contagio. Se constató que un 95 % de los casos ocurrieron por transmisión vertical; siendo el 9,5 % por lactancia materna. En el 45,4% de los casos, la madre y los hijos fueron diagnosticados en el mismo momento.⁵

Es por este motivo que la transmisión postnatal tardía implica un desafío diagnóstico al no contar con métodos de tamizaje estandarizados durante este periodo.

En el caso clínico presentado la transmisión fue a través de la lactancia materna, ya que la madre presentaba serologías del embarazo y luego del parto negativas.

En cuanto al diagnóstico del VIH se puede sospechar por la sintomatología que el niño presenta, así como por las alteraciones de laboratorio que produce.

La confirmación de la infección se realiza utilizando distintas técnicas, dependiendo de la edad del niño: si tiene más de 18 meses con dosaje de anticuerpos como por ejemplo la técnica Western Blot, y en los menores de 18 meses, con test de diagnóstico virológico para detectar las partículas virales en la sangre. Los métodos virológicos moleculares de detección de ácidos nucleicos, como la detección del RNA plasmático y el DNA proviral (carga viral), son los de primera elección en la actualidad.⁶

Luego del diagnóstico es importante realizar la categorización clínica e inmunológica según el CDC, ya que junto con el inicio precoz del TARV mejora la calidad de vida y la supervivencia de los pacientes.³

En el caso presentado, el laboratorio presentaba resultados compatibles con hepatitis aguda y ante la sospecha de inmunodeficiencia, se decidió su internación y se solicitaron estudios serológicos con ELISA-Ag positivo, asumiendo el cuadro como HIV agudo.

CONCLUSIÓN

1. La principal vía de transmisión de HIV en la infancia es la vertical.
2. Es necesario contar con más estudios sobre la prevalencia y forma de contagio del HIV en Argentina.
3. Los factores que aumentan el riesgo de contagio durante la lactancia son: primoinfección, carga viral materna elevada, inmunodepresión materna y los procesos infecciosos de la mamá.

Es importante el rol de los médicos pediatras para la prevención de la transmisión vertical tardía. Además de presentar alto grado de sospecha para realizar un diagnóstico precoz. Por tanto, creemos que se debe seguir trabajando en mejorar las estrategias de salud pública en la prevención y diagnóstico precoz del VIH en la mujer durante los períodos del embarazo, puerperio y lactancia, para así poder suministrar tratamiento oportuno y adecuado, evitando así la transmisión vertical del virus.

BIBLIOGRAFÍA

1. OMS. VIH-SIDA. 30 de noviembre de 2021. Disponible en www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids
2. Navarro Gómez ML. Infección VIH en Pediatría. *Pediatría Integral* 2018;XXII(7):333-341.
3. Ministerio de Salud de la Nación. Guía para la atención de niños, niñas y adolescentes con VIH y exposición perinatal. Dirección de Sida y ETS. Argentina, 2016. Disponible en: <http://iah.salud.gov.ar/doc/Documento126.pdf>
4. Horvath T, Madi BC, Iuppa IM, et al. Interventions for preventing late postnatal mother-to-child transmission of HIV. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009; (1):CD006734.
5. Barcellos AC, Zorze Rossetto N, de Oliveira C. Late postnatal mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus through Breastfeeding: analysis of infant cases of previously seronegative mothers infected during lactation. *DST - J bras Doenças Sex Transm* 2017;29(3):79-84.
6. Adaszko A, Arazi Caillaud S, Asís L. et al. Atención integral de niños, niñas y adolescentes con VIH. 2012. Disponible en: <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/gu-iacuteas-de-quot-atenci-oacuten-integral-de-ni-ntildeos-ni-ntildeas-y-adolescentes-con-vih.pdf>