

---

## CASO CLINICO

---

### *Infección por virus de inmunodeficiencia humana en un lactante menor*

*HIV infection. A case report*

**Drs.: Alfredo Mendoza Amatller \*, Marisol Yucra Sea\*\***

#### Resumen

Se presenta el caso clínico de un lactante de 8 meses de edad quien fue atendido en el Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga Uría" por un síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA) y actualmente se encuentra con tratamiento antirretroviral.

#### Palabras Claves:

Rev Soc Bol Ped 2005; 44 (3): 164-5: virus de la inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia humana.

#### Abstract

We described a case of an 8 month-old baby with HIV infection, who is presently treated at the "Hospital del Niño Dr. Ovidio Aliaga Uría".

#### Key words:

Rev Soc Bol Ped 2005; 44 (3): 164-5: human immunodeficiency virus (HIV), human immunodeficiency syndrome.

#### Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en pediatría puede presentarse desde recién nacidos hasta en adolescentes. En nuestro país, se desconoce el número de casos de síndrome de inmunodeficiencia humana (SIDA), debido en parte a una falta de cribado en mujeres embarazadas, lo que aumenta el porcentaje de casos por transmisión perinatal. El diagnóstico rápido y el inicio de un tratamiento eficaz son fundamentales para poder mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

#### Caso Clínico

Se trata de un lactante de 8 meses de edad, producto del tercer embarazo, sin control prenatal, con un cuadro de aproximadamente dos meses de evolución que se caracterizo por: pérdida de peso, hiporexia, aumento progresivo del perímetro abdominal, tos no productiva e hipoactividad, por este motivo había

recibido medicación antibiótica, sin modificación del cuadro. Al examen físico de ingreso destaco el mal estado general, relación peso/talla por debajo del segundo percentil, hipoactivo, escleras ictericas, múltiples microadenopatías en región axilar; la auscultación pulmonar revelo la presencia de broncofonía en región infraescapular izquierda; abdomen distendido, con un perímetro abdominal incrementado (47 cm), hepatomegalia a 8 cm bajo el reborde costal derecho.

Ingreso con los diagnósticos de: neumonía izquierda, hepatomegalia en estudio y desnutrición moderada. El hemograma de ingreso demostró la presencia de anemia, serie blanca dentro de parámetros normales y plaquetopenia; bilirrubina total aumentada (2.8 mg/dl) a predominio de la fracción directa (2.4 mg/dl); AST y ALT elevadas 4 veces el valor normal; tiempo de protrombina prolongado (29 segundos) con 40% de actividad y amonio incrementado en 3 veces el valor normal. La radiografía de tórax mostró

\* Pediatra – Inmuno alergólogo, Jefe de la Unidad de Urgencias, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U", La Paz - Bolivia.

\*\* Médico Residente III año, Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga U", La Paz - Bolivia

Artículo recibido 13/12/05, fue aprobado para publicación 18/12/05

infiltrado bronco-alveolar y atelectasia en lóbulo superior izquierdo.

La insuficiencia hepática fue tratada en base a transfusiones de plasma fresco compatible, vitamina K y desinfección intestinal, con controles frecuentes de pruebas de función hepática que mejoraron progresivamente. La afección pulmonar se trató en base a antibioticoterapia endovenosa y fisioterapia respiratoria.

Las pruebas serológicas para toxoplasmosis, rubéola y hepatitis A resultaron negativas; se encontró IgM positivo para citomegalovirus, enzimoimmunoanálisis (ELISA) para VIH positivo al igual que la prueba complementaria de Western blot con una carga viral de 750.000 copias/ml ; CD4: 1029 cel/ul; CD8 mayor a 2.000 cel/ul. El estudio serológico para VIH en el padre y en la madre resultaron ser positivos también.

Durante su internación curso con dos episodios de candidiasis oral que fueron tratadas favorablemente con ketoconazol; también una sepsis nosocomial que se trató con cefotaxima y cloxacilina y la evolución fue satisfactoria. Actualmente se encuentra en el tercer mes de tratamiento antiretroviral en base a didanosina, zidovudina y lamivudina y también recibe profilaxis anti *Pneumocystis Carinii* en base a cotrimoxazol.

## Discusión

La enfermedad por VIH, se define como una infección crónica causada por un virus RNA en un huésped; se considera que una paciente tiene SIDA cuando existen infecciones oportunistas u otras poco frecuentes o persistentes, como nuestro paciente o cuando el recuento de linfocitos CD4+ es menor a 200 células en personas mayores de 12 años.

El enzimoimmunoanálisis (ELISA) para VIH es una prueba que se efectúa en suero para la detección de anticuerpos contra antígenos del VIH, si los resultados de esta prueba son positivos, se realizan pruebas complementarias de inmunotransferencia con el Western blot para la identificación de anticuerpos individuales. Pacientes con resultado de ELISA positivo pero inmunotransferencia negativa, no están infectados; cualquier paciente mayor a 18 meses de edad con ELISA e inmunotransferencia positivos están infectados por VIH. Los hijos de madres VIH positivas en ocasiones tiene resultados positivos de ELISA e inmunotransferencia, debido

a transferencia pasiva de anticuerpos maternos, sin embargo esto no confirma la infección y se deben realizar pruebas virales más específicas.

La carga viral de VIH mayor de 10.000 copias/ml es diagnóstica de infección por VIH, como nuestro paciente y esta prueba se utiliza fundamentalmente para el seguimiento de la eficacia del tratamiento.

Se estima que la tasa de transmisión perinatal de VIH en países con programas bien estructurados como Brasil, es menor del 2%, y esto implica el inicio del tratamiento antiretroviral en la decimosegunda semana de gestación, tratamiento intraparto y del recién nacido, con parto por cesárea y lactancia con leches artificiales.

La clínica en el grupo étnico del paciente descrito puede iniciarse a los pocos meses de vida; la signosintomatología primaria es: neumonía por *Pneumocystis carinii*, neumonitis intersticial linfoidea (NIL), infecciones bacterianas recurrentes, retraso del crecimiento, encefalopatía por VIH y candidiasis oral refractaria al tratamiento o eritema del pañal por *Candida sp.*

La base del tratamiento constituye una combinación de fármacos antiretrovirales de una de las tres categorías basadas en su lugar de acción, entre las combinaciones iniciales eficaces se mencionan dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa: zidovudina (AZT), didanosina (ddi), estavudina (d4t), lamivudina (3TC), abacavir (ABV) y tenofovir más un inhibidor de la proteasa: nelfinavir, ritonavir, indinavir, saquinavir, amprenavir y lopinavir o un inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa: nevirapina, efavirenz o delavirdina.

## Referencias

- 1.- Burchet SK. HIV infection in pediatrics. *Pediatric in Review* 2003; 24: 186-94.
- 2.- Gortmaker SL, Hugues M, Cervia J. Effect of combination therapy including protease inhibitors on mortality among children and adolescents infected with HIV-1. *N Engl J Med* 2001; 345: 1522-8.
- 3.- UNAIDS. HIV and infant feeding: Guidelines for Decision-Makers UNAIDS/WHO Joint United Nations Program in HIV/AIDS. Geneva – Swiss: WHO; June 2004.
- 4.- Centers for Disease Control and Prevention. 2004 Guidelines for treatment of sexually transmitted diseases. *Morb Mortal Wkly Rep* 2004; 53: 1-89.