

6º CONGRESO ARGENTINO DE PEDIATRIA GENERAL AMBULATORIA.

Desafíos en el diagnóstico y seguimiento de infecciones perinatales.

Sospecha de VIH y oportunidades de diagnóstico que el pediatra no puede perder.



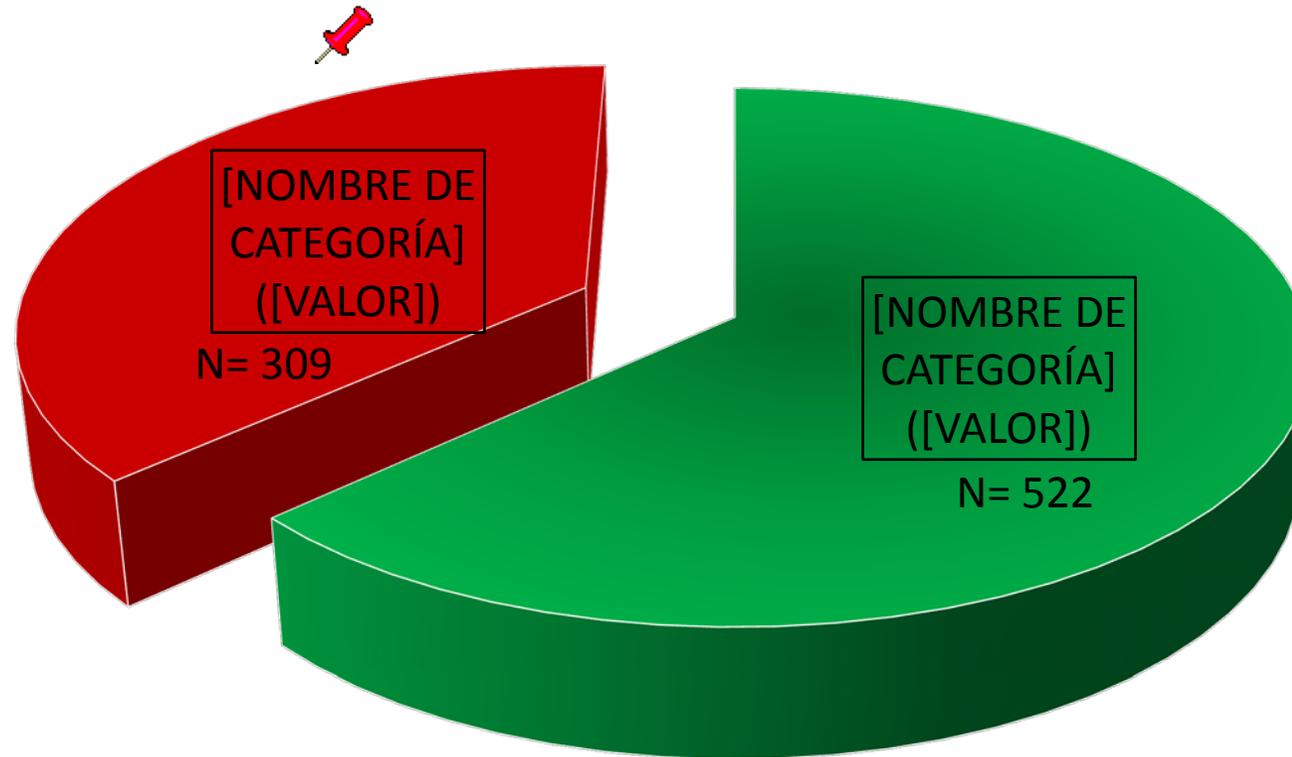
Hospital de Niños Elizardo
Buenos Aires, Argentina
Desde 1779

*Dra. Graciela Barboni
División Inmunología
Hospital de Niños Pedro de Elizalde*



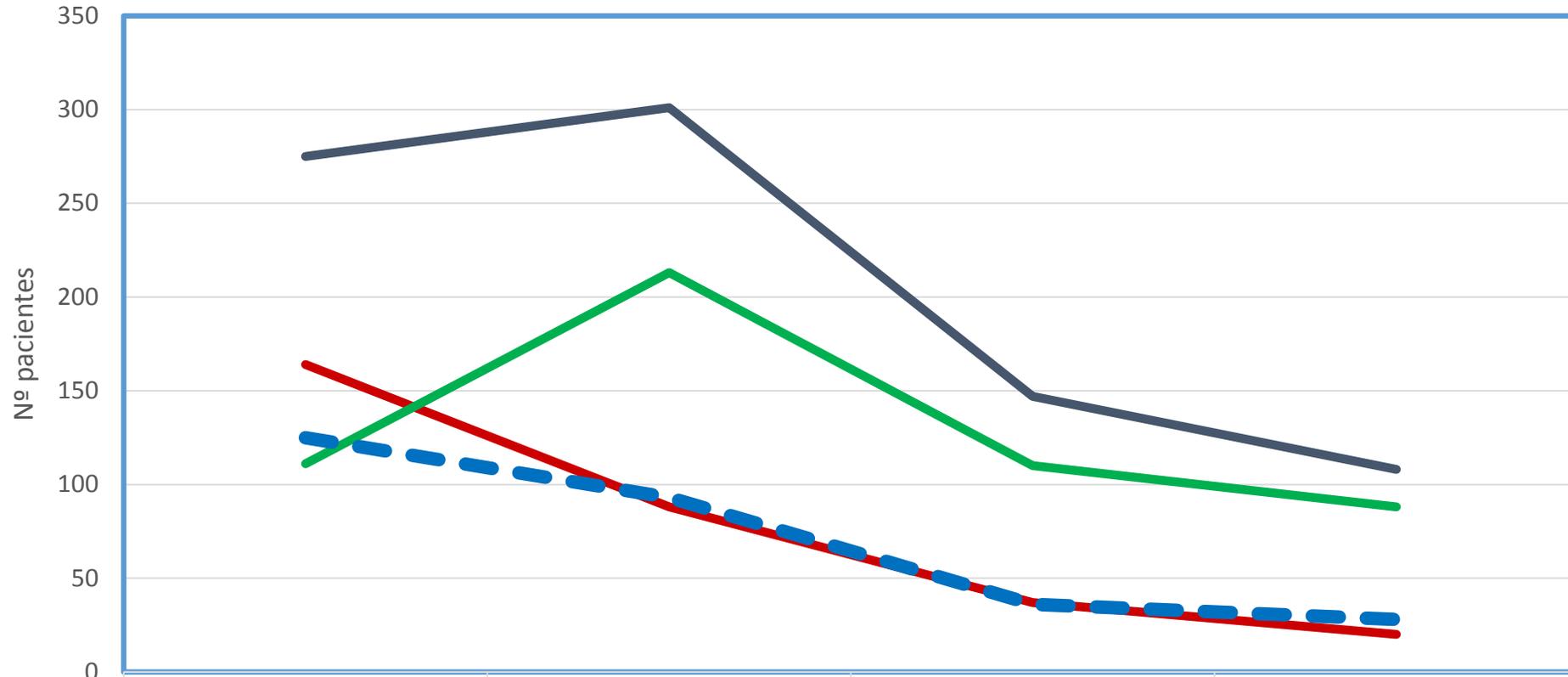
Implementación de profilaxis ARV. Revisión retrospectiva de HC. Periodo 1996-2012.

Oportunidades perdidas



Total: 831 pacientes

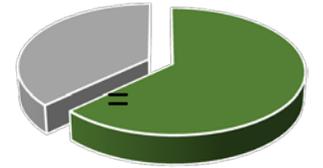
Implementación de profilaxis ARV. Revisión retrospectiva de HC. Periodo 1996-2012.



	1996-1999	2000-2003	2004-2007	2008-2012
— Total	275	301	147	108
— Sin prof.	164	88	37	20
— Con prof.	111	213	110	88
- - - Infectados	125	93	36	28

p=0,001

Pacientes con profilaxis ARV. Tipo de profilaxis ARV recibida.

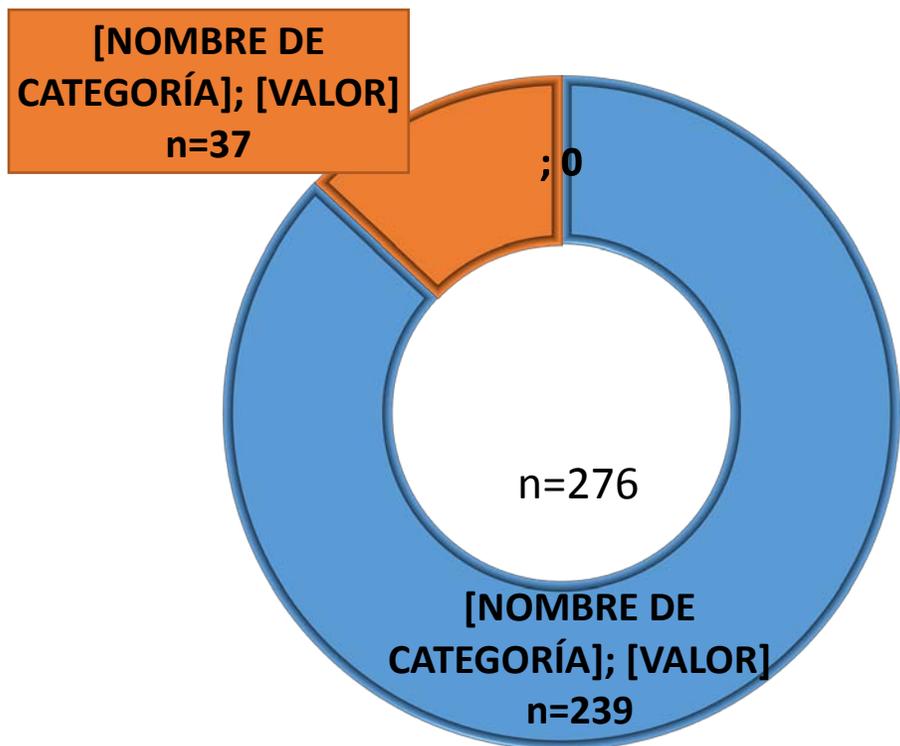


E
Embarazo

P
Parto

N
Neonato

Madres con diagnóstico VIH previo al embarazo.



Tipo profilaxis:

E-P-N: 79% (n=188)

P-N: 11% (n=27)

N: 6% (n=14)

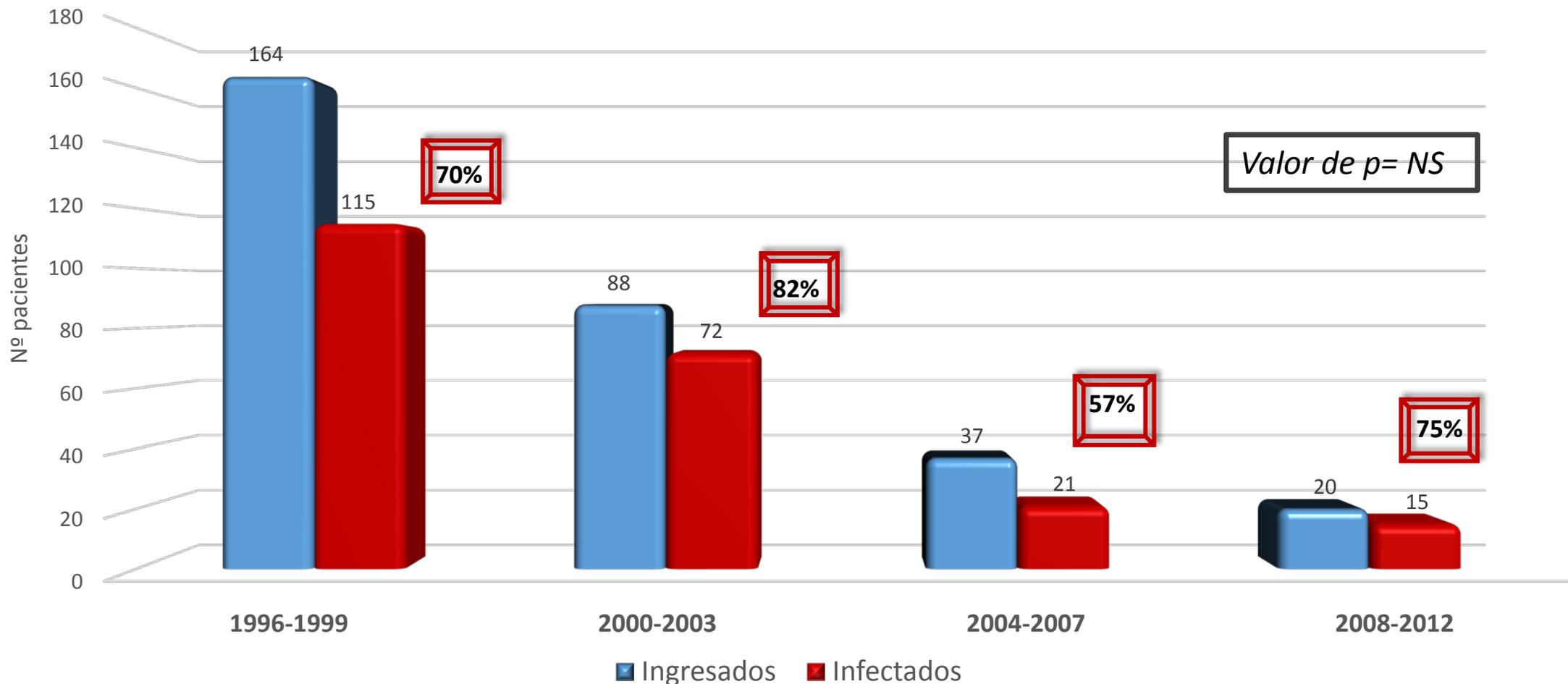
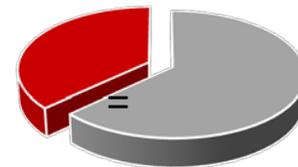
E-P---: 4% (n=10)

21%
oportunidades
perdidas

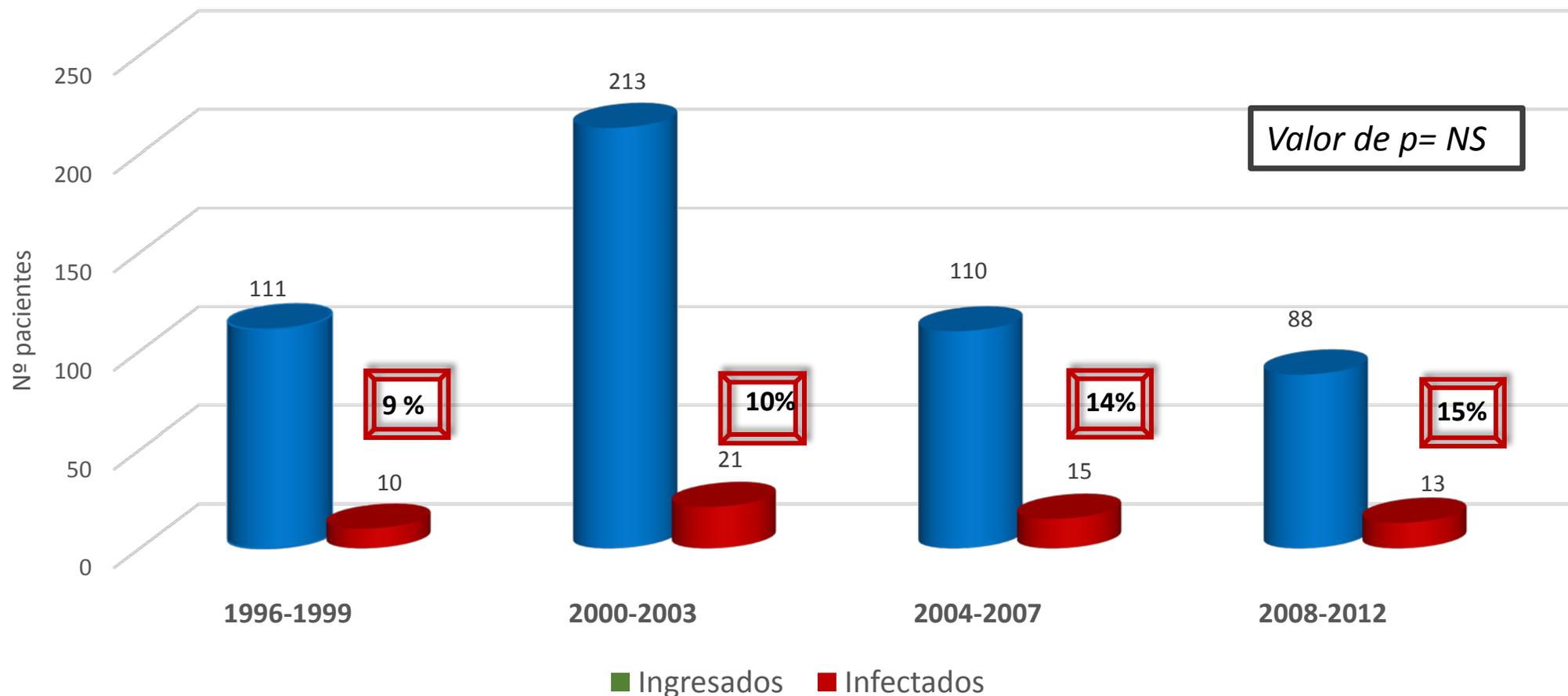
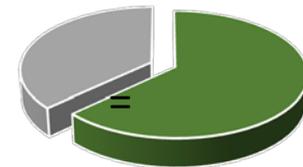
Se infectaron 36
niños
(TV 13%)

Pacientes sin profilaxis ARV.

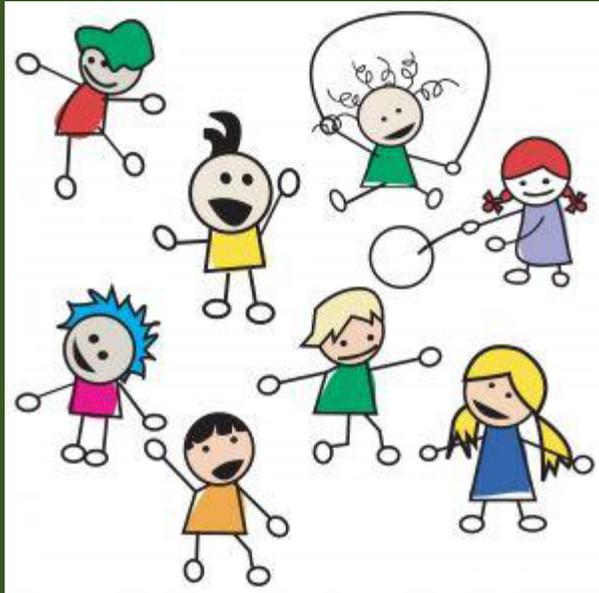
Proporción de infectados, según períodos.



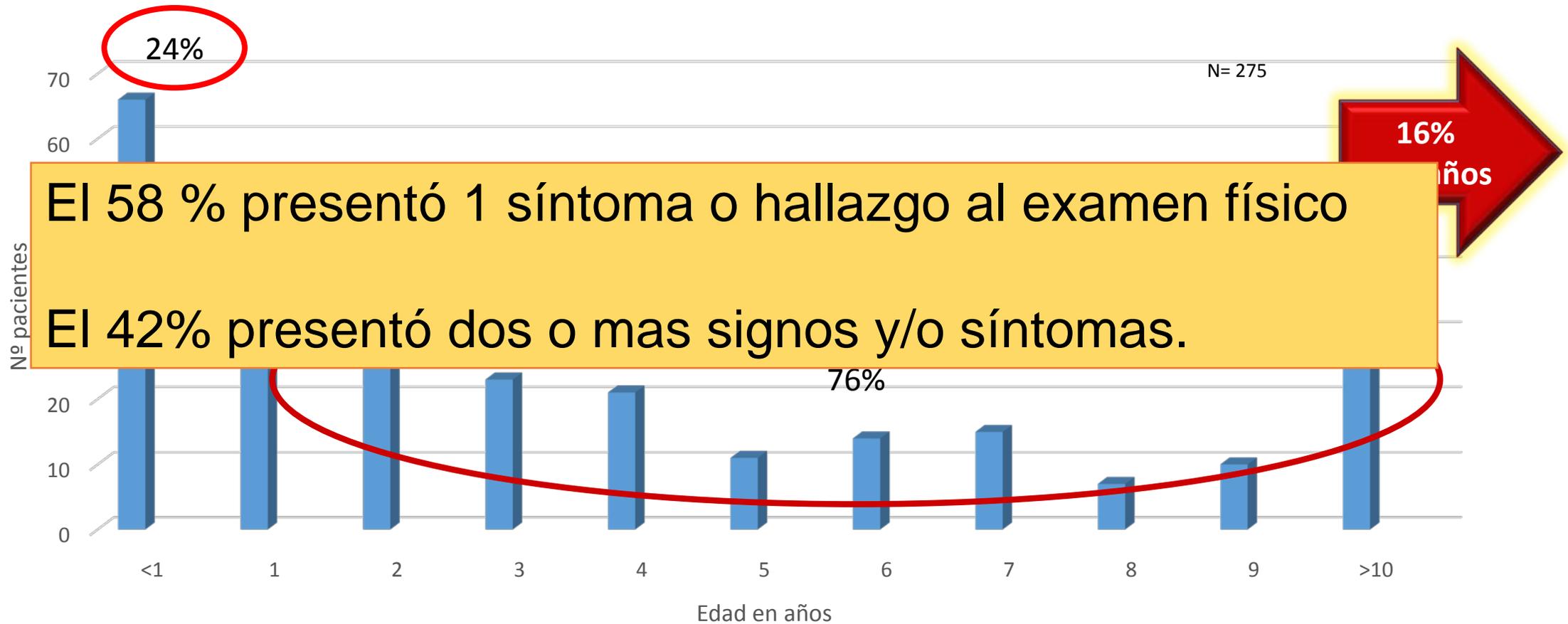
Pacientes con profilaxis ARV. Proporción de infectados, según períodos.



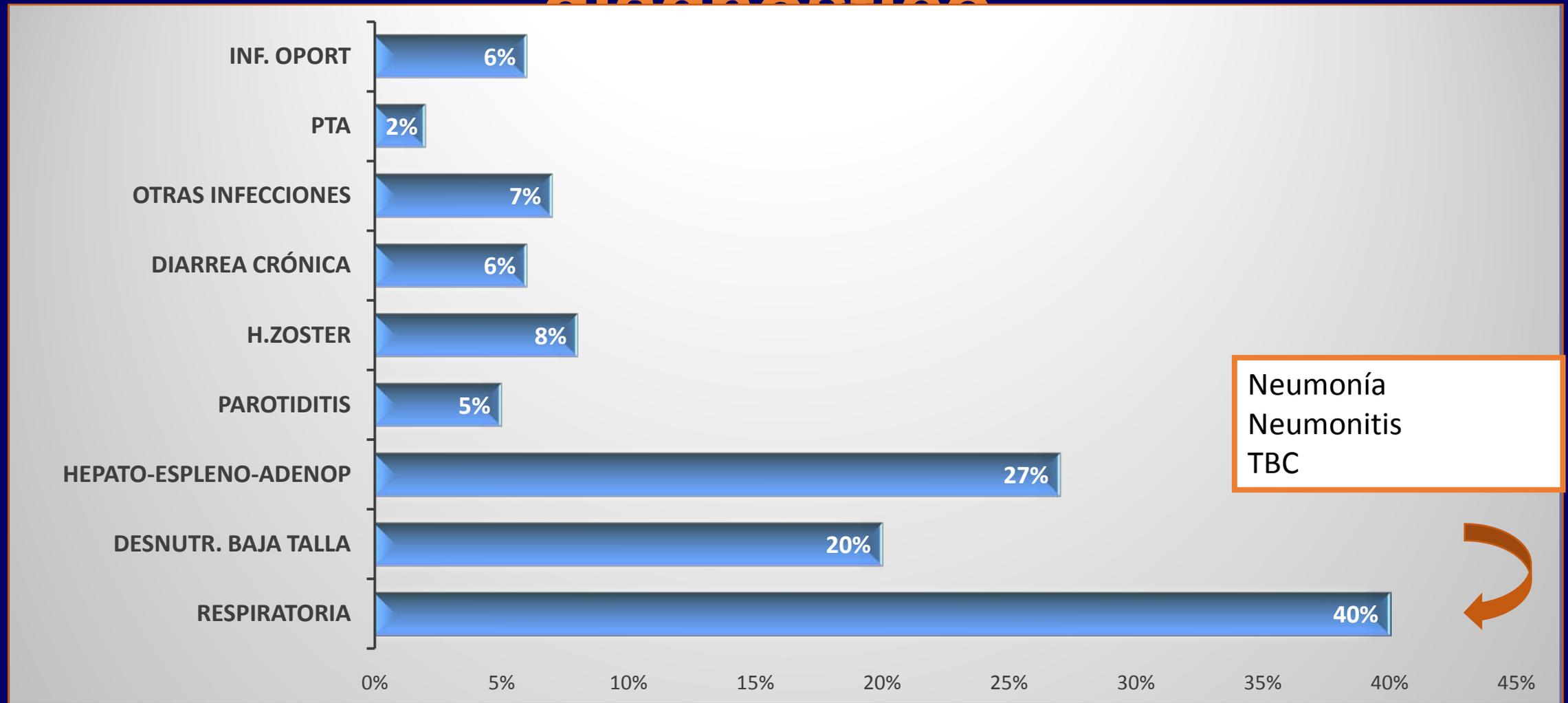
Edad de ingreso de los pacientes.



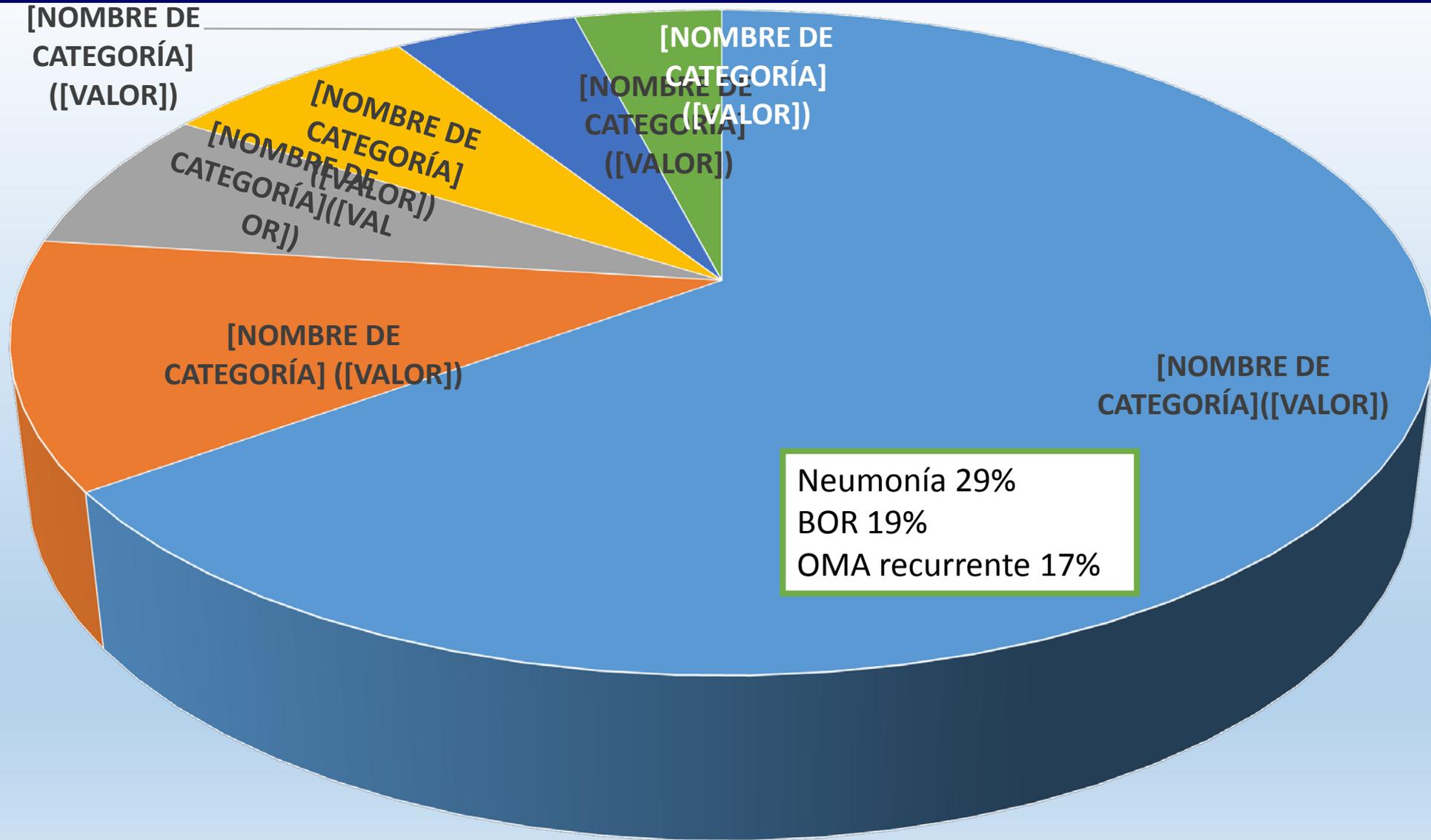
Edades de ingreso: pacientes infectados



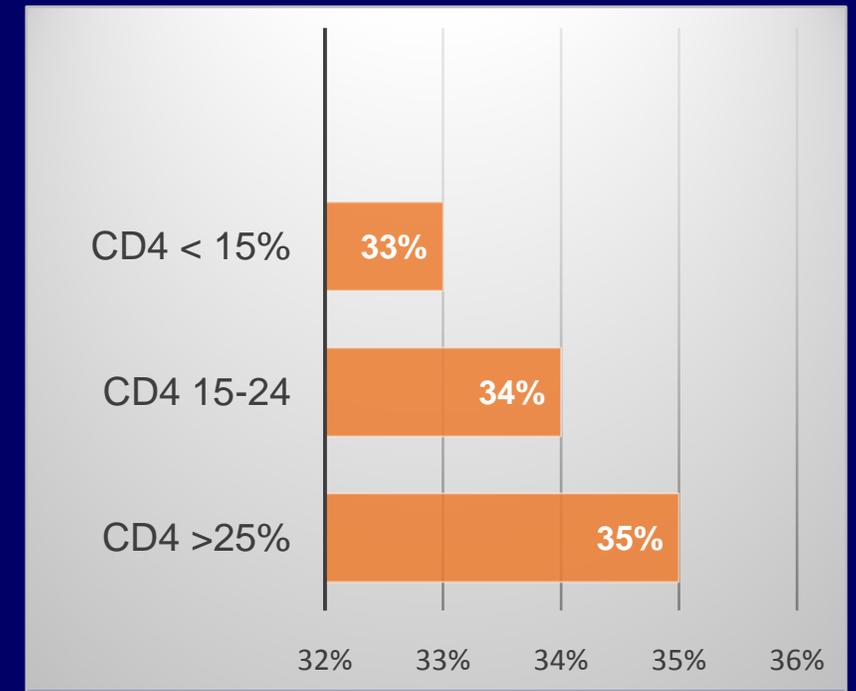
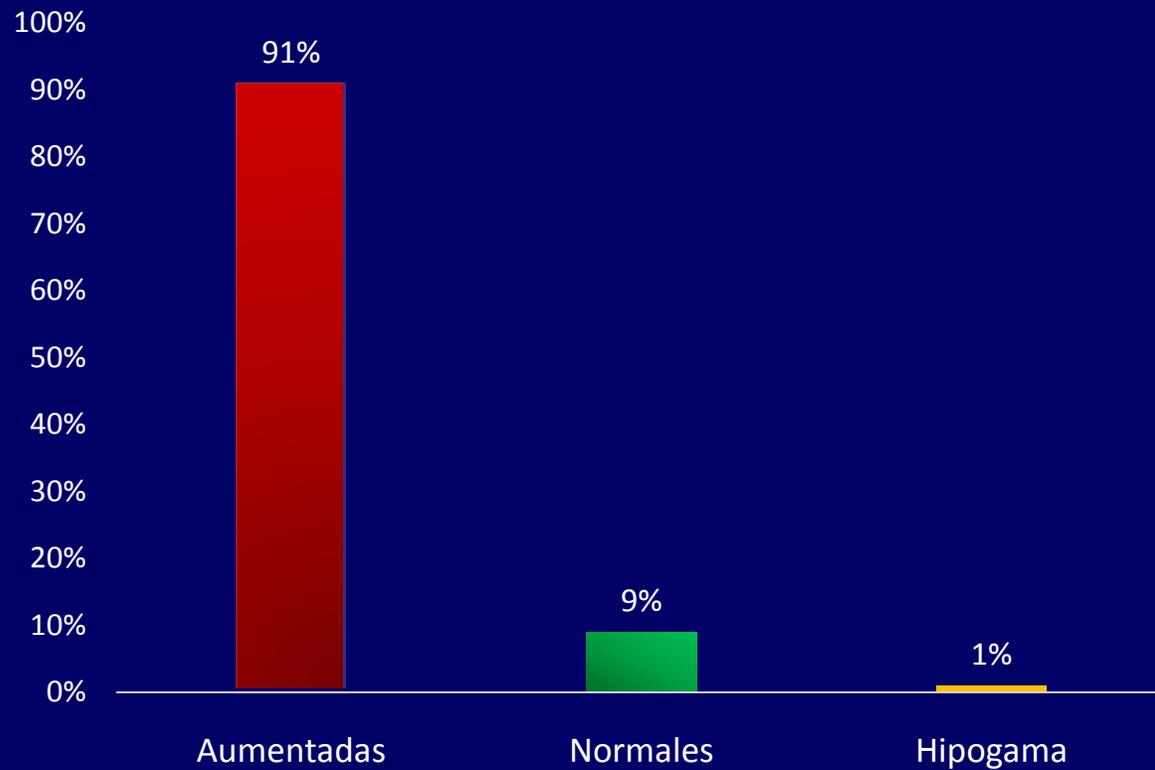
Niños sin profilaxis ARV. Signos y síntomas al momento del diagnóstico



Patologías previas al diagnóstico de VIH.



Dosaje de inmunoglobulinas y Linfocitos TCD4: debut diagnóstico.



Niños con diagnóstico de VIH realizado luego del diagnóstico de hermano o padres.

n= 46

Patología respiratoria (48%)

Neumonía 29%
BOR 19%
OMA recurrente 17%

Sin síntomas previos (17%)

Hepatoespleno
Poliadenopatias(11%)

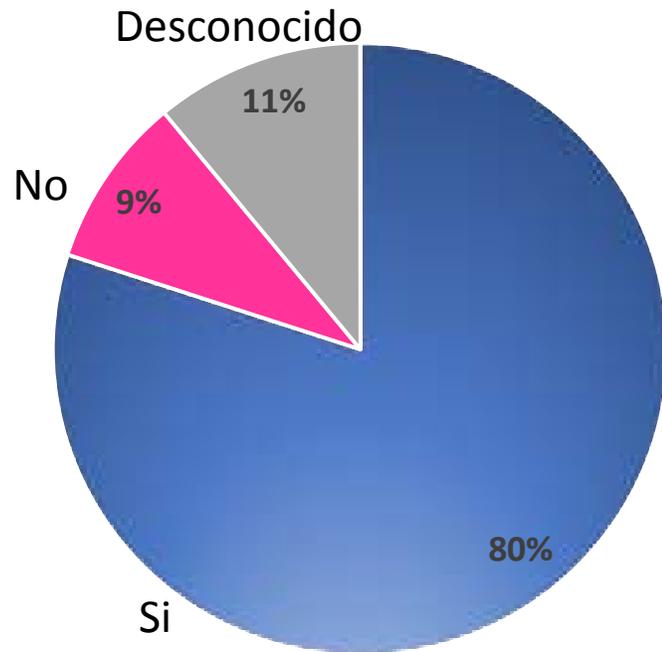
Parotiditis rec
(9%)

H. Zoster (7%)

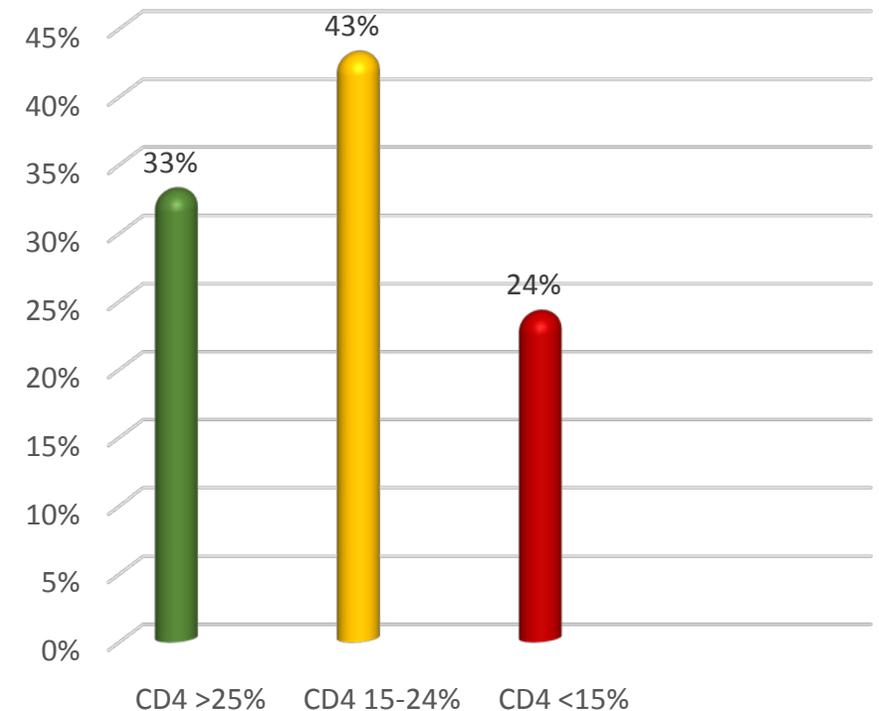
Infecciones
severas(4%)
Celulitis, meningitis

Niños con diagnóstico de VIH realizado luego del diagnóstico de hermano o padres.

Presencia de hipergamaglobulinemia



Grado de inmunosupresión, según LTCD4



Intercurrencias infecciosas en niños infectados con VIH.

- Elevada prevalencia de infecciones bacterianas severas en la era pre-TARV (tratamiento antirretroviral)
- Inf. bact severas: 15 eventos/100 niños-año
- Infecciones menores (otitis, sinusitis): 17-85 /100 niños-año

Intercurrencias infecciosas en niños infectados con VIH.

	Eventos/100 niños-año	
	Pre-TARV	con TARV
Neumonía	11	2.2 - 3
Bacteriemia/sepsis	3	0.35
Sinusitis-Otitis	17-85	2.9 - 3.3

Neumococo

- Patógeno mas frecuente

Pre-HAART	Con HAART
6.1 /100 niños-año	3.3 /100 niños-año

Trends in Bacteremia in the Pre- and Post-Highly Active Antiretroviral Therapy Era Among HIV-Infected Children in the US Perinatal AIDS Collaborative Transmission Study (1986–2004)

Bill G. Kapogiannis, MD^{a,b}, Minn M. Soe, MD, MPH^c, Steven R. Nesheim, MD^a, Kevin M. Sullivan, PhD, MPH^c, Elaine Abrams, MD^d, John Farley, MD, MPH^e, Paul Palumbo, MD^f, Linda J. Koenig, PhD^g, Marc Bulterys, MD, PhD^h

- N=364 niños infectados. 118 eventos en 68 niños.
- 43% tuvo mas de 1 episodio de bacteriemia.
- 86% en la era pre tratamiento ARV (TARV).
- Antes de los 2 años de edad
- Etiología mas frecuente: *Streptococcus pneumoniae*
- Reducción del 70% de bacteriemias en era TARV

Chronic Lung Disease in Adolescents With Delayed Diagnosis of Vertically Acquired HIV Infection

Rashida A et al. *Clin Infect Dis* 2012; 55(1):145-52

NIL (neumonitis intersticial linfoidea)

Prevalencia: 25-30%

Luego de los 2 años de edad

Intercurrencias: infecciones bacterianas agregadas

Secuelas: Bronquiectasias



Infección por herpes zoster

- Era pre-TARV: 10 casos /100 niños-año
- Con TARV: desciende a 2-3 casos/100 año
- Factores de riesgo: carga viral VIH elevada
linfocitos TCD4 descendidos
CD4 < 15% cuando se produjo la varicela

Gershon A, et al. *J Infect Dis* 1997; 176(6):1496-500

Derrycka et al. *J Infect Dis* 1998; 17(10):931-33

Levin M et al. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 50 (2) 182-191

Cystic lymphoid hyperplasia of the parotid gland as the initial manifestation of HIV infection

Bingcheng Wu¹, MBBS, Raymond Ngo², MBBCh BA, FAMS, Fredrik Petersson¹, MD, PhD

Frecuencia: 10 %

Evolución: recurrente o persistente

Histología: inflamación inespecífica, lesión linfoepitelial quística benigna, infiltrados con LTCD8

Estudio CHER
N=377

1
Trat. Diferido
N= 125

2
Trat. Temprano
por 40 semanas
N= 126

3
Trat temprano
por 96 semanas
N= 126

Trat. Se comenzó o reinició con CD4 <25% o síntomas clínicos

Estudio CHER: mortalidad.

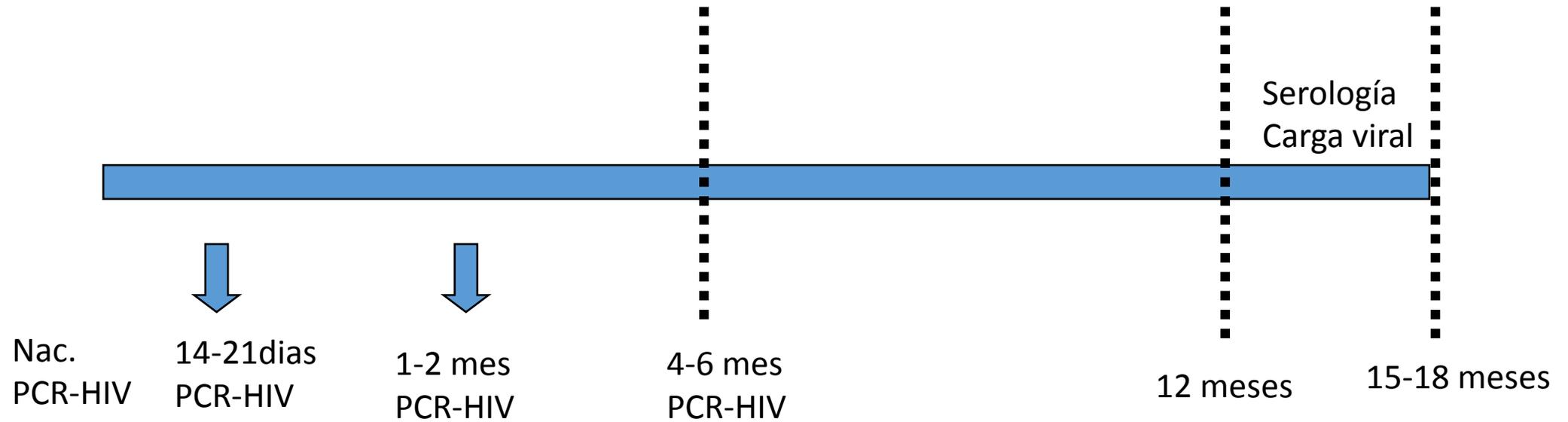
Tratamiento temprano	Tratamiento diferido	
10/252 4%	20/125 16%	$p < 0.001$

El tratamiento antirretroviral temprano reduce la mortalidad en un 75 %

Estudio CHER: mortalidad.

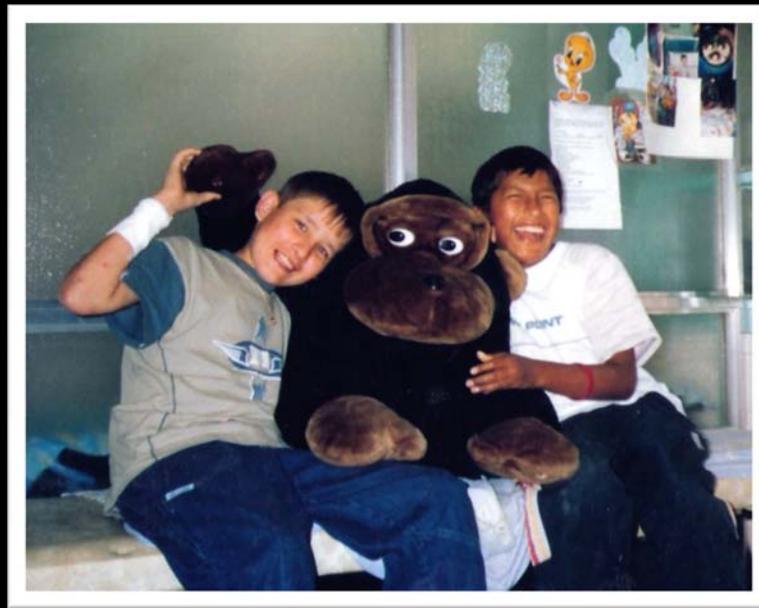
- 67% de los fallecidos eran menores de 26 meses de edad
- **Causas de muerte:**
 - Gastroenteritis
 - Neumonía
 - Neumonitis por *Pneumocystis jiroveci*
 - Citomegalovirus

Diagnóstico de infección por VIH.



Conclusiones

- Constatar antecedentes de embarazo y parto
- Contemplar la posibilidad de ocultamiento de información
- Incluir la infección VIH en el diagnóstico diferencial.
- Sospechar ante la presencia de hipergamaglobulinemia
- Si el pediatra no lo sospecha.....el infectólogo no lo recibe



Muchas gracias por su atención