



SEMANA DE CONGRESOS Y JORNADAS NACIONALES 2019

"Por un niño sano en un mundo mejor"

## 1° Congreso Argentino de Alergia e Inmunología en Pediatría

Presentación de casos clínicos

Ignacio Uriarte

Inmunólogo - Pediatra

Escuela Superior de Medicina - UNMDP

Interzonal Especializado Materno Infantil

Mar del Plata

Tel-Fax: 0223-4991114

[ignaciouriarte@gmail.com](mailto:ignaciouriarte@gmail.com)



**ACN masculino  
2/2003: 15 años edad**

o de consulta:

**AUTOINMUNIDAD**

**LINFOPROLIFERACION**

**CITOPENIAS**

hijo hijo de padres no consanguíneos, producto de embarazo controlado  
no, NT 39s, PN 2600 gr, T 50 cm, PC 36 cm. cesarea por cesarea anterior.  
ogico sp, alta conjunta. Vacunación completa sin complicaciones.

como antecedentes personales de relevancia:

fractura de tibia

fractura de brazo izquierdo

y 9 años 2 episodios de neumonía que respondieron al tratamiento

orio, CBO-HRB: seguimiento neumonología.

asma intermitente, no requirió tratamiento preventivo.

icosis en dedo mayor izquierdo, intertrigo, recurrente.

Paciente varón de 14 años de edad, oriundo de Mar del Plata que presenta antecedentes familiares de autoinmunidad (madre y tío con hipotiroidismo, prima celiaca). Concurre para valoración por presentar diabetes tipo 1, Enfermedad celiaca con Ac positivos, hepatitis autoinmune (FAN ASMA sp100+) y citopenias (leucopenia y trombocitopenia) y esplenomegalia.

**Examen físico:**

Paciente clínicamente estable

Fascie peculiar

cicatriz en brazo izquierdo

adenomegalias cervicales

buenas entradas de aire bilaterales

abdomen blando depresible

indoloro

Esplenomegalia

ACN masculino

2/2003: 15 años edad

## Resumo clínico:

Joven de 14 años con debut diabético sin cetosis diagnosticado el 1/2/18 (glucemia 729 mg%).

Se tratamiento insulínico con insulina lantus 31 UI al acostarse y bolos prandiales según glucemia y C:1 U cada 15 g en todas las comidas salvo en desayuno (1 U cada 10 g).

Perfil tiroideo es normal con ATPO y ATG negativos. Fructosamina 380 mmol/L (200-280)

PTH, normal. Calcio fosforo, magnesio, normal.

realizaron anticuerpos relacionados con su diabetes ya que se realizan en Buenos Aires y se planea enviar al paciente.

Al momento de su internación al debut se detectaron anticuerpos positivos para enfermedad celíaca, transaminasas elevadas y bicitopenia (plaquetopenia y leucopenia) que persistieron al alta y están siendo evaluados por gastroenterología, hematología e inmunología.

**ACN masculino**

**2/2003: 15 años edad**

## sintoma gastrointestinal

perdida de peso (debut diabético reciente), decaimiento leve, ocasionales calambres musculares.

io

3: anti-tGT IgA >4965 EMA IgA positivo DPG: + 1163 U (vn: menor a 20) proteínas totales 7,7  
globulina 2,1 albúmina 4

DGP 1163 EMA IgA positivo Hb 13,2 Hto 39% Ca 8,9 Fósforo 4,8 Mg 1,5 PTH 46 pg/ml (VR15-57)  
vitamina D 38,9 ng/ml. ESTEATOCRITO menor a 2, Ca 8,9- Fosforo 4,8 – Mg 1,5 mg/dl- FAN 1/320

genético para enfermedad celíaca HLA DQ2/DQ8 positivo.

04-18: ESOFAGO tercio superior lesión asalmonada de 5 mm sugestiva de mucosa heterotópica. En tercio inferior exudado blanquecino algodonoso, que al desprendenderse (con dificultad) evidencia eritema.  
sión micótica.

**gastrointestinal (20-04-2018):** enteropatía severa, con aumento de LIES, con alteración compatible con enteropatía  
h 3: en procedimiento se observa candidiasis severa esofágica.

en 2 muestras de duodeno, una de bulbo y una de esófago superior: las secciones histológicas muestran  
os con disminución de la relación vellosidad cripta (0,5:1) atrofia parcial subtotal, criptas con hiperplasia e  
ento de LIES. Lamina propia con edema e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y presencia de eosinófilos.  
ervan elementos parasitarios.

la esofágica, se encuentra revestida por epitelio escamoso, con hiperplasia del estrato basal. Prolongación de  
ctivo vasculares y aislada exositosis linfocitaria.

Paciente: ACM  
FN: 26/12/2003: 15

## hepático

mento de transaminasas y componente autoinmune, se investiga hepatitis autoinmune. No presenta síndrome febril prolongada, gingivorragia, ni ictericia.

Examen físico: buen trofismo, mucosas normocoloreadas, abdomen blando, depresible, indoloro, no se palpa hepatomegalia, se observan colateral y telangiectasias con HTP y varices esofágicas.

Analítica 20/03/18: GOT 195 GPT 228 BT 3,2 g/dl BD 0,7 g/dl FAL 597 Colesterol 148 GGT 259 TP 72% KPTT 33,7" **FAN positivo**, **erón múltiple nuclear Anti-actina positivo débil ASMA positivo 1/40** Anti-LKM negativo anti-M2 negativo anti-LC1negativo, **gvo gp 210 negativo sp 100 positivo**; CERULOPLASMINA 44 MG/DL: normal, cupremia: 144 mcrg/dl (normal)

PROTEINA : 1.6 NG/ML // coagulograma: normales

Exploración abdominal: hígado de forma y tamaño conservados, de ecoestructura heterogénea difusa. Vesícula de paredes finas, alitiásica y extrahepática de calibre normal. Pancreas no evaluable por abundante gas intestinal interpuesto. Ambos riñones de forma y tamaño normal, con buena relación cortico medular, de contornos regulares, sin dilatación de los sistemas pielocaliciales. Esplenomegalya 170 cm.

## hepática 15/04/2019: HyE, PAS, Tricromico

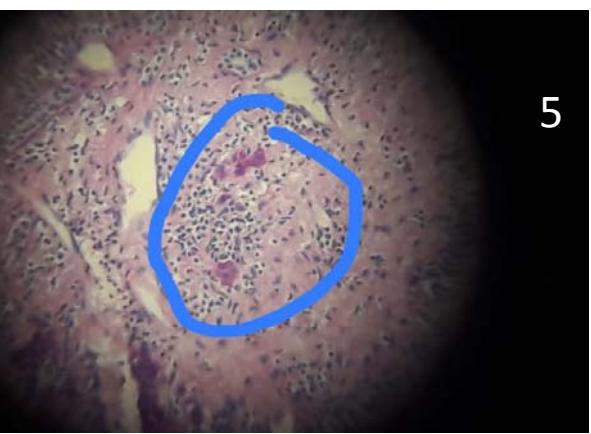
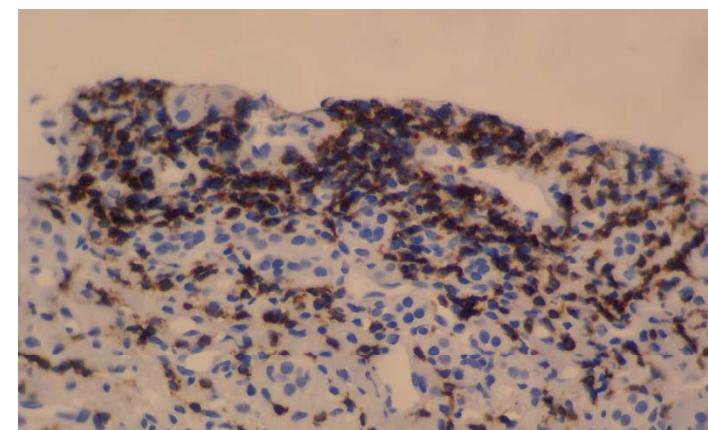
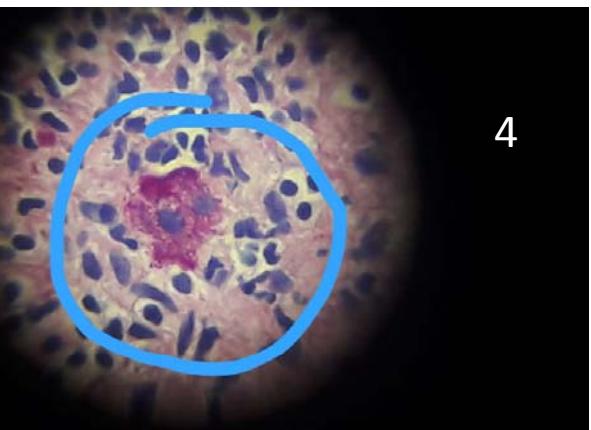
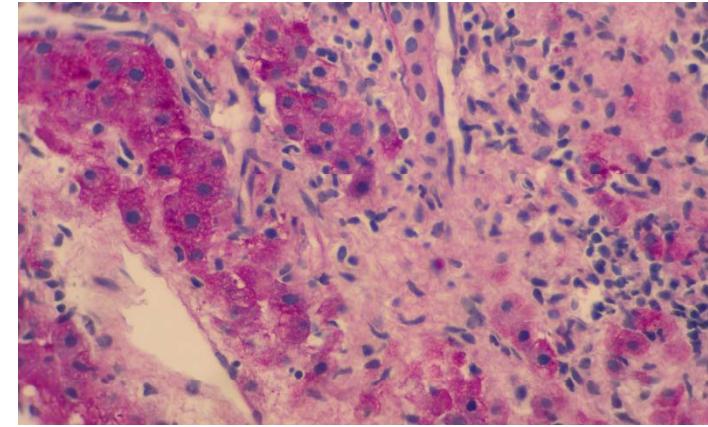
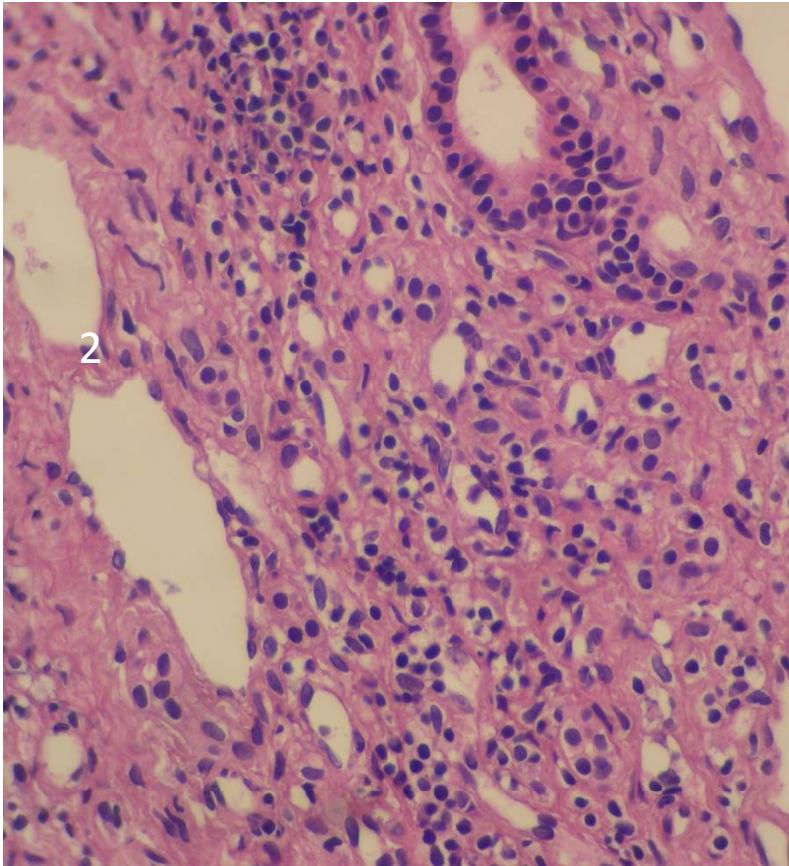
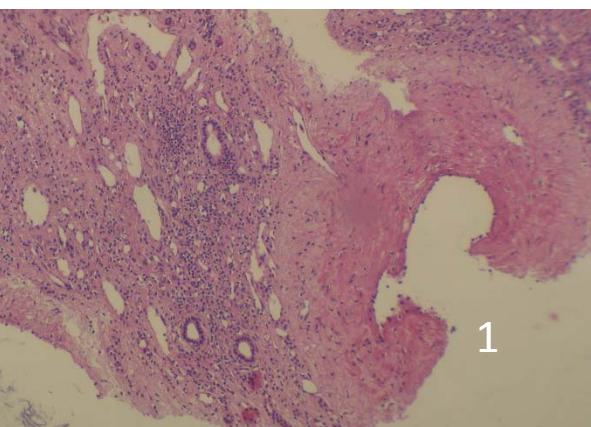
Biopsia hepática con distorsión de arquitectura, nódulos parcialmente rodeados de tejido fibroso denso (septos) con marcada dilatación de ductos biliares (reacción ductular) y moderado infiltrado mononuclear a predominio linfocitario, que focalmente infiltra la matriz. En un nódulo persiste la vena central, no así en el resto de ellos.

Cirrosis crónica, score Scheuer grado 3, estadio 4: inflamación portal, hepatitis de interfase 2+, actividad interlobulillar 1.-

Caracterización: CD45 positivo en células presentes en tractos fibrosos y células de kupfer. CD20: escasamente positivo en linfocitos en tractos fibrosos. CD3: positivo en linfocitos presentes en tractos fibrosos. CD138: no se ven plasmocitos.

Incompatible con cirrosis hepática con escasa reacción inflamatoria.

Examen complementario: no se observan cuerpos de inclusión viral, granulomas, ni rasgos compatibles con enfermedades de depósito y deficiencia de α 1AT.



Cuadro compatible con cirrosis hepática con reacción inflamatoria  
1-2-3: HyE, muestra fibrosis e inflamación. 4-5: Tricromico con  
nódulo e infiltrado. 6: Inmunohistoquímica 40X CD3+, escasos  
CD20+ y CD138+

Paciente: ACM  
FN: 26/12/2003: 15

## pecto hematológico

O Rh+

ratorio: leucopenia, linfopenia (GB 2640-3160) y plaquetopenia (125.000-136.000) persistentes, sin neutropenia ni aplasia polo de bazo.

O 18-08-2018: BIOPSIA MEDULA ÓSEA: arresto madurativo línea granular neutrofila, sin fibrosis, citometria sanguínea normal. Citogenetico, cariotipo normal 46 XY (20)

## o Doppler espleno-portal: 13-04-2018 (14 años)

o heterogéneo en forma difusa, tamaño 120 mm, normal.

175 mm aumentado de tamaño, homogéneo.

porta calibre en límite máximo de lo normal, 13mm. Señal de flujo, velocidad y morfología normal.

a hepática registros de color y flujo en rango normal.

s suprahepáticas y esplénicas, flujo normal.

MN abdomen con cortes multiplanares en T1, T2, supresión grasa y difusión, con colangioresonancia magnética. -01-2019: 15 años.

o con aspecto hipotrófico con marcado dismorfismo e irregularidad y nodularidad de contornos, asociado a edema peritoneal. No se evidencia cirrosis biliar primaria.

minosa esplenomegalia, homogénea, asociada a marcada circulación colateral portosistémica, con varices periesofágicas.

del estudio, dentro de límites normales.

03-02-18	06-03-18	17-04-18	08-05-18	06-06-18	25-07-18	18-09-18	06-11-18	14-12-18	25-01-19	26-02-19	22-03-19	27-04-19	1
40	40	37	40	41	44	40	41	39	42	44	42	46	4
13,1	13,2	12,3	13	13,6	14,6	13,6	13,8	12,7	14,6	14,7	14	15,4	1
3160	2810	2590	2790	3120	3390	2360	2020	1570	2320	2340	2350	2600	3
2022	1574	1528	1400	1770	2040	1416	1020	879	1369	1381	1387	1560	1
980	815	673	760	750	930	732	690	502	650	772	776	780	9
136000	126000	101000	107000	107000	87000	102000	72000	127000	79000	71000	64000	71000	6
	5	20				10						4	1
	4	2.66				2						2	1
7,7	7,5	7,3	7,1	7,9	7,7	7,4	7,1	7,0		6,5	6,5	6,7	
4,0	3,35	3,89	3,56	4,27	4,24	3,9	4,1	3,5		3,6	3,6	3,7	
2,1	2,29	1,79	1,93	2,02	1,8	1,8	1,43	1,8		1,3			
124	207	150	112	117	66	105	107	184	201	71	129	51	5
101	221	173	130	140	93	167	128	234	271	95	122	69	7
		634	620	565	423	368	428	485	429	267	229	199	1
	259	258	241	195	215	249	248	203	207	172		150	1
360	137	215	311	338	291	272		244	279	309	333	306	2
>5000 U	>5000 U EMA+++	++++	++	++		++		++++					r

## inmunológico

Existe una asociación sindromática con alta probabilidad de defecto inmune involucrado, en este caso con síndrome desregulatorio se realizó una valoración inmunológica:

Normal:

LE 60 (SEG 66 %)-LINFO 21 % (670)-EOS 3 % -  
NEUTRO 10 %)

LE 42 %- Hb 13.9 mg/dl

ES 7.000

IGG 1980- 2410 mg/dl vn: 700-1400

IGA 330 - 499 mg/dl VN: 90/300

IGM 110-97 mg/dl vn: 40/250

IGE 172 - 207 U/ML

s totales: 7.4 mg/dl, albumina: 3.95 mg/dl  
CET 1.75 g/dl

- HIV NR
- leucopenia y trombocitopenia en hemogramas
- autoinmunidad: FAN 1/320 que se repite - 1/500 homogéneo, ANCA++, (hepatitis autoinmune) con sp100+, Ac antiendomisio, antitransglutaminasa y antigliadina ++
- ASMA +
- desde el punto de vista de la inmunidad celular presenta linfocitos 839 LINFOOPENIA GLOBAL
  - CD3 71-73-63% -
  - CD4 49-50-37 % (411) RA 42% RO 55%
  - CD8 16-15-15% (140)
  - LB 11-15-14% (80)
  - NK 7-10-14%
  - DR 6%
- Por presentar hipergammaglobulinemia, esplenomegalia, citopenias, autoinmunidad y GAP aumentado de 6% se rechaza bajo sospecha de ALPS: **CD4 TCRαβ 3.2% → B220 22%** (no se pudo realizar FASL soluble por no haber disponibilidad)

nes Linfocitarias: linfocitos 670 mm/3 Linopenia

persistente

-63 % - CD4: 49-37% 248 cel - CD8: 18-15% 100

19: 14% 100 cel - CD56/16: 14% 100 cel

memoria y activación:

ive (CD4+CD45RA+): 42% VR: 34.8 - 70.3

RO 55%

+ 9% CD8 8%

4-CD8- alfa beta+: 3.2% aumentado. Expresion. de  
DNT 22%

3% MUY DISMINUIDO

7+ 0.9% (control 2.5%) TH17

el Linfocito B: defecto marcado de maduración,  
uso de memoria

s: 90 %

a total: CD27+ 10% vr: 25-39%

a pre switched: 6.5 % vr 10-16%

a post switched: 3.5 % vr 9-20%

.6%

os B transicionales: 1 % vr <9%

masticas: 0,3%

Dada la presencia de autoinmunidad e infecciones  
nicóticas:

- Para valorar posible APECED solicito Tregs (si bien presenta linopenia global con linopenia CD4 marcada, lo cual aleja la posibilidad)
- Tregs FoxP3 7% normal
- CD 127 low: 5% (VN: 2.6-6.1)
- Para valorara posible STAT1 GOF solicito Th17:  
normal
- **Fosforilacion STAT 1: normal**

Por presentar linoproliferación y autoinmunidad  
solicito Expresión CD27+ 90% NORMAL

Por presentar mala respuesta a Hepatitis A y B con  
vacunación completa solicito perfil B: **alterado.**

Se realizo:

- FOXP3: expresión normal
- STAT1: levemente aumentada la expresión, no se jerarquizo
- Proliferaciones linfocitarias: normales

rologías: realizaron serologías: parvovirus ,CMV IGM, HAV IGM-IGG, HBV IGG Ags, HCV, HTLV 1 y parvovirus, EBV IGM negativo, HIV : **negativas**

G CMV, EBNA, EBV IGG rubeola, sarampion, VVZ positivo. Isohemaglutininas: Grupo Rh positivo,  $\alpha/8$ - B/128 positivo

antipneumococo 117 mg/dl (25-01-19) normal bajo: vacuna Pneumo 23: (29-08-2018)

eruloplasmina 44 mg/dl,. Alfa 1 antitripsina normal, cupremia 144 mcgr/dl

uto anticuerpos:

- Positivos: antimusculo liso, anti actina, antinucleares (1/500 moteado fino), anti transglutaminasa IGG/IGA, anticitoplasma neutrófilo ANCA P +++, DPG 181 u/ml

atamiento:

Insulina lantus 31 unidades dia sc

Deltisona B meprednisona inicio: julio 2018: 1 mg/kg- actualmente  
20 mg dia vo

Azatioprina 50-100 mg dia vo

Calcio 1250 mg + vitamina D 7 gotas x semana

TMS Bactrim 160/800 mg días alternos

Omeprazol 20 mg cada 12 hs vo.

# Resumen conceptual

Varón sano previamente de 14 años

Antecedentes familiares + autoinmunidad

Inicia cuadro de: autoinmunidad, enteropatía, linfoproliferación, candidiasis, sin signos de displasia ectodérmica

- DBT I sin cetosis
- Enteropatía: enfermedad celiaca
- Hepatitis autoinmune, cirrosis hepática (infiltración linf. T)
- Bicitopenia: linfopenia/trombocitopenia
- Esplenomegalia/HTP
- Candidiasis esofágica
- Compromiso inmune: linfopenia CD4, NK, defecto de maduración de LB

e ingreso: 17-10-2018

genético solicitado: Panel Expandido de Innnunodeficiencias, autoinflamatorias y enfermedad de la flora intestinal

**Lo: Ausencia de variantes que individualmente justifiquen el cuadro clínico.**

**Análisis genómico por secuenciación de nueva generación** fue realizado para investigar si el paciente presenta variantes que puedan estar asociadas a los genes relacionados.

encontradas variantes reconocidamente patogénicas o variaciones en el número de copias (CNVs) por la técnica secuenciación de nueva NGS), en los genes investigados.

exones con Agilent Sure Select Human AH Exon V7 seguida de secuenciación de nueva generación con Illumina HiSeq. Alineamiento e  
m de variantes utilizando protocolos de bioinformática, teniendo como referencia la versión GRCh37 del genoma humano. Análisis médico  
or la información que motivó la realización de este examen.

## tudiados

D4, ACD, ACP5, ADA, ADAM17, ADNP, AGA, AICDA, AIRE, AK2, ALG1, ALG12, AP1S3, AP3B1, ARMC4, ARPC1B, ATG16L1, ATM, B2M, BCL10, BCL11B, BLIN2, BRIP1, BTK, BUB1B, C11orf70, CIQA, C1QB, C1QC, C1R, C1S, C2, C21orf59, C3, C5, C6, C7, C8A, C8B, C8orf37, CARD11, CARD14, CARD9, CASPIO, CCDC114, CCDC151, CCDC39, CCDC40, CCDC65, CCNO, CD19, CD247, CD27, CD3D, CD3E, CD3G, CD40, CD40LG, CD55, CD59, CD79A, CD79B, CD81, CD8A, CEBPE, CECR1, CFB, CFD, CFH, CFI, CFP, CHAMP1, CHD1, CHD7, CITA, CLEC7A, CLPB, COG6, COG7, CORO1A, CR2, CREBBP, CRIP, CSF3R, CTC1, CTLA4, CYBB, DCLRE1C, DEAF1, DEFB1, DHFR, DKK1, DNAAF1, DNAAF2, DNAAF3, DNAAF5, DNAH1, DNAH11, DNAH5, DNAI1, DNAI2, DNAJC21, DNAL1, DNASE1, CK2, DOCK8, DRC1, DSG1, DYX1C1, ECR1, EDA, EFL1, EGFR, ELANE, EPG5, ERCC2, ERCC4, ERCC6L2ETV6, EXTL3, F12, FADD, FANCA, FANCB, FANCC, FANCJ, FANCG, FANCI, FANCL, FANCM, FAS, FASLG, FAT4, FBXL4, FCGR2C, FCGR3A, FCN3, FERMT3, FM03, FOXN1, FOXP3, FUT2, G6PC3, GALNS, GAS8, GATA1, GSS, GTF2H5, GUCY2C, HAX1, HELLS, HGSNAT, HTR1A, HYDIN, ICOS, IFIH1, IFNGR1, IFNGR2, IGHM, IGKC, IGLL1, IKBKAP, IKBKB, IKBKG, IKZF1, IKZF2, IL12B, IL12RB1, IL15, IL15RA, IL17A, IL17F, IL17RA, IL17RC, IL1RL1, IL1RN, IL21, IL21R, IL23A, IL23R, IL2RA, IL2RG, 11\_33, IL36RN, IL7R, IRAK1, IRAK4, IRF2BP1, ITGB1, ITGB5, ITGB15, ITCH, ITGB2, ITK, IVD, JAGN1, JAK3, KMT2D, KRAS, LAMTOR2, LAT, LCK, LEP, LIG4, LPIN2, LRBA, LRRC6, LRRC8A, LYST, MAD2L2, MAGT1, MALT1, MIR, MCM4, MEFV, MGP, MMAA, MMAB, MMACHC, MOGS, MPL, MPO, MS4A1, MSN, MTHED1, MUT, MVK, MYD88, MY05B, NBN, NCF1, NCF2, NCF4, NLR2, NFKB1, NFKB2, NFKBIA, NGF, NHEJ1, NHP2, NLRC4, NLRP1, NLRP12, NLRP3, NLRP7, NME8, NOD2, NOP10, NRAS, NSMCE3, ORAI1, OXCT1, PALB2, PAP, PGM3, PIH1D3, PIK3CD, PIK3R1, PLCG2, PMM2, PN1, PNP, POLA1, POLE, PPP1R21, PRDM1, PRF1, PRKCD, PRKDC, PSENEN, PSMB8, PSTPIP1, PTEN, PTPRZ2, RAD50, RAD51, RAD51C, RAG1, RAG2, RASGRP1, RBCK1, RBM8A, RELB, RFWD3, RFX5, RFXANK, RFXAP, RMRP, RNF113A, RNF168, RNF186, RNF31, RPL18, RPL26, RPL35A, RPL5, RPS10, RPS17, RPS19, RPS24, RPS26, RPS28, RPS29, RPS7, RPSA, RSPH1, RSPH3, RSPH4A, RSPH9, RTEL1, SAMD9, SAMD9, SCNN1B, SCNN1G, SDCCAG8, SEMA3E, SERAC1, SERPING1, SGPL1, SH2D1A, SH3BP2, SKIV2L, SLC29A3, SLC35A1, SLC35A2, SLC35C1, SLC37A4, SLC39A6A1, SLK, SLX4, SMARCAL1, SMARCD2, SNAI2, SP110, SPAG1, SPATA5, SPINK5, SRP54, SRP72, STAT1, STAT2, STAT3, STAT5B, STIM1, STK4, STN1, STX11, TAP2, TAPBP, TAZ, TBCE, TBX1, TBXAS1, TCF3, TCN2, TERC, TERT, TFRC, TGFB1, TGFB2, TGFB3, TNF2, TMEM173, TNFAIP3, TNFRSF11A, TNFRSF13B, TNFRSF13C, TRAPPI1, TRAC, TRAF3IP2, TRNT1, TRPS1, TSR2, Cg, T<sub>C</sub>37 11-Cykl1sTYK(2,1,111n2N cos UMPS, UNC119, UNC13D, UNG, USB1, VIPAS39, VPS13B, VPS33B, VPS41, VPS53, XIAP, XRCC2, ZAP70, ZBTB24, ZMYND10.

# En un paciente de estas características:

Es correcto pensar en Inmunodeficiencia?

Como deberíamos proceder respecto a la valoración clínica?

Es necesario tener mas consideraciones relacionadas al cuadro sindromático y su pronóstico: inmediato, mediato y a largo plazo?

Considerando estudio molecular inicial: NGS: normal sin defecto.

- Deberíamos profundizar en mas estudios?
  - EXOMA?
  - OTRAS APROXIMACIONES?

# Muchas gracias!

