

Niño con Infecciones de Repetición

¿Hay algo más?

Yolanda Martín Peinador. Miembro GPI de AEPap
Pediatra AP. Cs Goya. Madrid.
Ana Espeleta Fox. Residente pediatría 1º año.
H. Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

Caso Clínico

Niño de 6 años. Varón, único hijo pareja sana. Gestación N, parto eutócico, Apgar: 9/10, RNT de PAEG: 3,650. Vacunas al día, incluida PNC 13V: 2-4-6-15m. Vive entre Madrid, Asturias y Marrakech.

Historia clinica

- **6m:** Infección Vias Respiratorias Altas (IRA)
- **9m:** IRA
- **11m:** Diarrea prolongada x 1m. Estudio: Analítica, despistaje E.Celíaca: Ac(-), IgA: 42,2 mg/dl (valores normales), cultivo heces (-).
- **13m:** OMA. Amoxi-clavulánico x 15d. Bronquiolitis (no ingreso)
- **17m:** Hipertrofia adenoidea. Ronquido nocturno.
 Consulta a ORL. Tto con aerosoles e higiene respiratoria.
- **Desde los 20 meses** Broncoespasmos de repetición (1/mes durante el invierno con cuadros catarrales). En alguna ocasión antibiótico. Múltiples visitas a urgencias. No ingresos.

Caso clínico

- **27m.** Adenoidectomía.
- **2a-3a:** **OMAs de repetición** (otoño-invierno).
Diversos tratamientos (Alergia privado, homeopatía)
- **3a:** **IRA, Laringitis, OMA:** ibuprofeno.
Consulta Alergia: Rinitis y asma por procesos infecciosos. Aerosoles, nebulcrom, ketotifeno oral, salbutamol inh, vacuna antibacteriana.
- **3a y 6 m:** **Amigdalectomía y adenoidectomía de nuevo**
- **4a:** **OMA.** Amoxi x 7d
2 cuadros de **Escarlatina**
Asma leve persistente: Salbutamol a demanda + budesonida inh fondo
Consulta Alergia: Alergia polvo, ácaros, rinitis y asma
Desarrollo PE y DPM dentro normalidad.

Caso clínico

4a y 8 m: Múltiples procesos, visitas a urgencias



CONSULTA INMUNOPEDIATRÍA

➤ Historia

Broncoespasmos repetición (1/mes en invierno, con CVA)

OMAs : nº y frecuencia episodios

Amigdalectomía y adenoidectomía (2 ocasiones)

Digestivo: bien. Neurológico: bien

Piel: no problemas cicatrización, no eccemas, no aftas, no candidiasis.

➤ **Antecedentes personales**

NO reacción tras la administración vacunas

No problema con diversificación alimentaria

No lactancia materna.

Onfalorrexia a los 5 días

Primera dentición a los 21 meses

Bronquiolitis sí (1º año vida, no ingresos)

No dermatitis atópica

➤ **Antecedentes Familiares**

Madre fumadora.

OMAs frecuentes infancia

Padre: fumador.

Amigdalitis frecuentes

No consanguinidad.

No antecedentes de varones fallecidos.

ANALITICA:

Hemograma: serie roja N, seria blanca: Leucos: 7,500 con 3,600N, 3,200Lf.

BQ N. Inmunoglobulinas: IgG, IgM Nles. **IgA < 6,7 mg/dl ↓**

Subclases IgG: N.

IgE total y específica en suero: IgE: 67,5 KU/L.

Poblaciones linfocitarias: N.

Estudio Complemento: CH100 N (620 U), C3 91mg/dl (N) Properdina Factor B en suero 24,2 mg/dl (N).

C4: 5,7 mg/dl (14-44) ↓

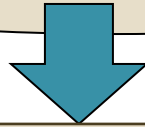
Diagnósticos

- Déficit de IgA
- Hipocomplementemia C4
- Infecciones respiratorias descendentes

Tratamiento

- Flixotide inhalado de fondo
- Salbutamol inh a demanda
- Inmunoglukan
- Montelukast 4 mg
- Se recomienda iniciar tratamiento con antibioterapia de amplio espectro ante la sospecha de infección
- Identificación como portador de Deficiencia selectiva de IgA: En caso de necesitar Transfusión sanguínea debe ser con glóbulos rojos lavados.

Debe sospecharse Inmunodeficiencia Primaria
ante niños con "demasiadas infecciones" causadas por
patógenos normales,
infecciones recurrentes o crónicas difíciles de erradicar
o
infecciones por gérmenes oportunistas o no habituales



- Anamnesis exhaustiva
- Exploración física
- Pruebas complementarias 1º nivel

➤ **Anamnesis exhaustiva**

Antecedentes familiares: consanguinidad, historia muertes prematuras

Antecedentes personales: retraso caída cordón

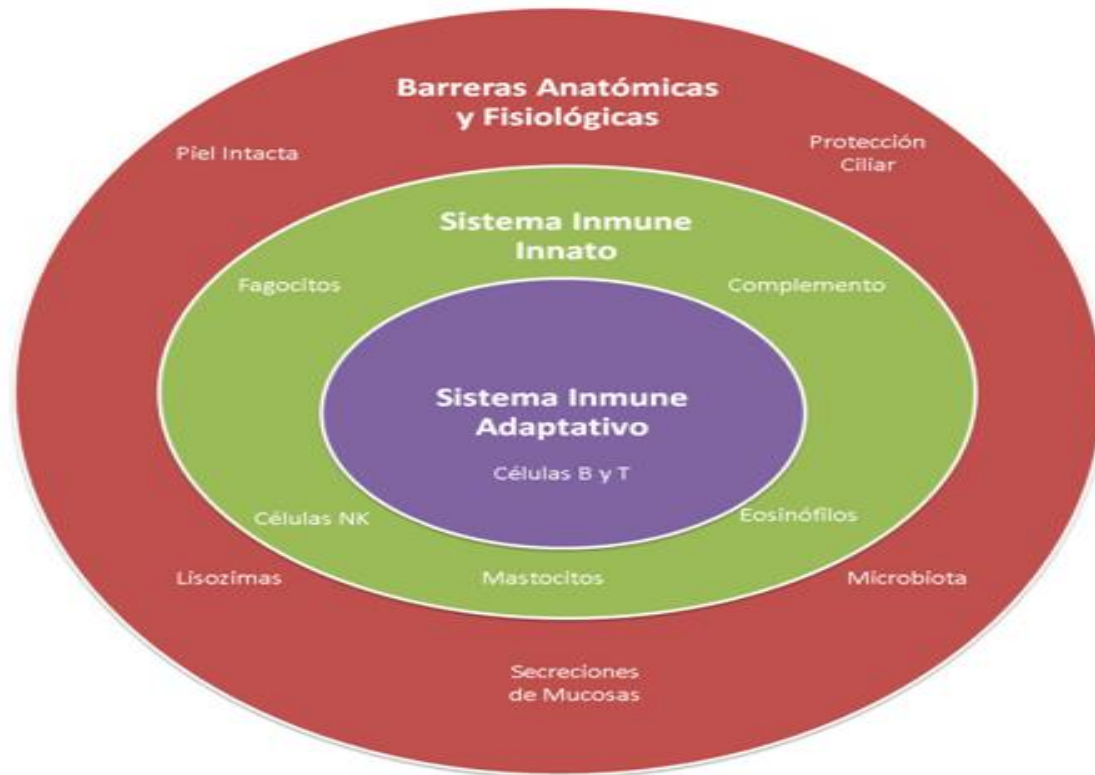
Historia de infecciones: n° infecciones, duración, edad, patógenos, fiebre origen desconocido, alteración DPE, diarrea persistente

➤ **Exploración física** cuidadosa general

Fallo crecimiento, rasgos dismórficos , alteraciones óseas, cambios pigmentación cutánea, alteraciones pelo, afectación de múltiples órganos o sistemas, enfermedades malignas , procesos autoinmunes.

➤ **Pruebas complementarias 1° nivel:** hemograma completo, bioquímica general y cuantificación de Igs: IgG, IgA, IgM, IgE

Niveles de defensa frente a las infecciones



Inmunodeficiencias

➤ ID Secundarias

Son más frecuentes que las primarias.

Afectan más a células T.

Debidas a: medicamentos inmunosupresores, malnutrición, infecciones por virus como VIH, síndromes pierde proteínas, enf. neoplásicas, diabetes.

➤ ID Primarias

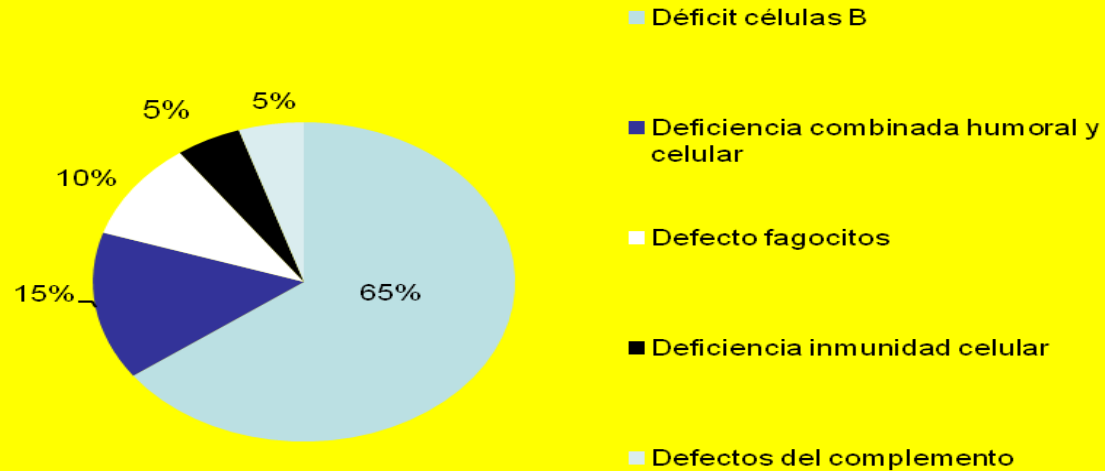
Son hereditarias, afectan más células B y suelen manifestarse en el primer año de vida.

Clasificación IDP según la rama del sistema inmunitario afectada



- IDP celulares o deficiencia células T
- IDP humorales o de las células B
- Deficiencia sistema inmunitario innato

Inmunodeficiencias Primarias



Inmunodeficiencias Primarias

Infecciones recurrentes ORL, pulmonares y g-i después de los 6 meses de edad	Defecto células humorales: LB	Comienzo a partir de los 4-6 meses edad
Infecciones por gérmenes oportunistas de inicio precoz	Defectos celulares LT	Síntomas poco después del nacimiento
Infecciones cutáneas profundas	Defecto de fagocitosis	Úlceras aftosas, gingivitis, retraso caída cordón umbilical
Infecciones por gérmenes capsulados	Defectos del complemento	(<i>Neisseria sp</i>)

Déficit selectivo de IgA

- Es la inmunodeficiencia más frecuente (1/300-700). En la mayoría de los casos cursa de forma asintomática y puede ser un hallazgo casual. En otras ocasiones puede producir infecciones respiratorias y gastrointestinales recurrentes.
- También pueden asociar enfermedades autoinmunes, como enfermedad celíaca y las personas que lo padecen pueden presentar reacciones anafilácticas frente a hemoderivados.
- En algún caso puede progresar a ID Variable Común.
- La evolución clínica de estos pacientes marcará nuestra actuación: seguimiento y necesidad o no de otras pruebas complementarias.

Evolución de nuestro paciente

Revisiones en 5º Inmunopediatría hospitalario y en AP

- Evolución favorable en cuanto a la frecuencia de infecciones respiratorias.
- Ha desarrollado alergia polen olivo: Rinoconjuntivitis y asma.
- Asma controlada. Tratamiento de fondo Fluticasona 200mcgr/día y Montelukast 5 mg.
- Desde hace 2 años episodios de cefalea. Estudio y Dgco: Cefalea migrañosa. Tto analgésico.

2017	2019	2020
<p>Bioquímica básica normal Hemograma normal. Inmunoquímica: IgE Total 67.1 KU/L .0 - 114.0 Inmunoglobulina G 1310.0 mg/dL 660.0 - 1620.0 Inmunoglobulina A <6.7 mg/dL 64.0 - 352.0 Inmunoglobulina M en suero 57.4 mg/dL 40.0 - 244.0 Complemento C3 en suero * 75.1 mg/dL 82.0 - 170.0 Complemento C4 en suero 9.9 mg/dL 14.0 - 44.0 Properdina Factor B 26.0 mg/dL 19.0 - 50.0 Proteína C Reactiva en suero <0.1 mg/dL 0 - 0.8 Factor Reumatoide en suero <20.0 UI/mL .0 - 25.0</p>	<p>Bioquímica normal (GGT < 6). Hemograma normal. Inmunoglobulina IgA<6.7mg/dl Complemento C1q en suero 165 mg/L 100 - 255 Complemento C3 en suero 82.7 mg/dL 82.0 - 170.0 Complemento C4 ** 4.6 mg/dL 14.0 - 44.0 C1 Esterasa Inhibidor (CE) 16.7 mg/dL 15 - 35 Complemento Total (CH100) Hemólisis: 550 U.CH100/mL 392 - 1070 Properdina Factor B 29.3 mg/dL 19.0 - 50.0 C1 Esterasa Inhibidor Funcional normal.</p>	<p>Hemograma: Hematíes 4.61 10E6/μL, Hb: 12.8 g/dL, Hto: 39.1 %, V.C.M. 84.8 fL, H.C.M.27.8 pg, C.H.C.M. 32.8 g/dL, A.D.E. 12.9 %, Plaquetas 283 10E3/μL, V.P.M. 7.8 fL, A.D.P. 16.3 %, Plaquetocrito0.220 %, Leucocitos 6.20 10E3/μL, Neu61.4 %, Lin24.8 %, Mon6.5 %, Eos3.5 %, Bas 3.8 %. Inmunoproteínas Inmunoglobulina G en suero 1580.0 mg/dL Inmunoglobulina A en suero * <6.7 mg/dL Inmunoglobulina M en suero 54.3 mg/dL Complemento C3 en suero 96.0 mg/dL Complemento C4 en suero * 9.0 mg/dL Anticuerpos Anti-SARS-Cov-2, IgG NO se detectan anticuerpos</p>

Niño 12 años

Diagnósticos:

1. Déficit completo de IgA
2. Hipocomplementemia C4 CONFIRMADA.
3. Infecciones respiratorias asociadas a broncoespasmo
4. Rinoconjuntivitis extrínseca por alergia a polen de olivo
5. Cefalea de características mixtas con aura migrañosa (palpebral)

Puntos clave

Niño con Infecciones Repetición



- La mayoría de los niños con infecciones de repetición son niños normales.
- Mantener alto índice de sospecha para descartar IDP.
- Encuadrar a nuestros pacientes en unos de los grupos establecidos: Niño normal, niño atópico, enfermedad crónica, Fiebre periódica o recurrente y niños con IDP.
- Conocer y tener presentes los signos de alarma/sospecha de IDP.
- Como pediatras de primaria debemos realizar una anamnesis exhaustiva, EF cuidadosa y primer nivel de PC con hemograma, BQ y cuantificación de Igs.