

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



*Sociedad Española de
Infectología Pediátrica*

Nº. Comunicación:
(No rellenar)

63

AUTOR PRINCIPAL (a efectos de correspondencia)

Apellidos: **de José Gómez**

Nombre: **Maria Isabel**

Dirección:

Ciudad:

C.Postal:

Provincia:

Teléfono:

E-mail:

Fax:

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Infección invasiva por Neumococo, en niño infectado por VIH, correctamente vacunado.

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz (Madrid)

Autores: M^a T. Rives Ferreiro, J J Menéndez Suso, F Alvarado Ortega, M^a I de José Gómez .

Texto: Caso Clínico: La infección neumocócica sigue asociada con una importante mortalidad, especialmente en grupos de riesgo (esplenectomizados, déficit de la inmunidad humoral, etc) a pesar de la vacuna y antibióticos adecuados.

Presentamos el caso de un niño de 13 años que acude a urgencias con un cuadro de una hora de evolución de fiebre alta, de inicio brusco, estando en el colegio y dolor abdominal epigástrico. Diagnosticado de infección VIH de transmisión vertical, estadio C3, con encefalopatía espástica, en tratamiento actual con amprenavir, lamivudina y Zidovudina. Calendario vacunal completo, incluidas vacunas frente a *S.pneumoniae* polisacáridica 23-valente (a los 6 años de edad, con linfocitos CD4 y carga viral en ese momento de 2063/mm³ y 13.461 copias/ml, respectivamente) y vacuna conjugada heptavalente (a los 10 años de edad, con un recuento de CD4 de 1315/mm³ y una carga viral de 32400 copias/ml). En la exploración física no se objetiva foco y se realiza control analítico (leucocitos 9230/mm³, neutrófilos 7660/mm³ y PCR 1,3 mg/L), detectando discreta hipomagnesemia (1,6 mg/dL), motivo por el que ingresa. A las 36 horas del ingreso presenta cefalea frontal intensa, náuseas, agitación y signos meníngeos. Se realiza nueva analítica de sangre (PCR a 195,9 mg/L), TC craneal urgente (no se observan alteraciones agudas significativas) y punción lumbar (alteraciones citoquímicas compatibles con meningitis aguda bacteriana: glucosa 22 mg/dL, proteínas 274,3 mg/dL y leucocitos 230/mm³ con 85% de polimorfonucleares y cocos gram positivos). Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso empírico con cefotaxima (300 mg/Kg/día) y vancomicina, Por alteración del nivel de conciencia se decide su ingreso en UCIP. A su llegada se observa empeoramiento del estado general y signos de mala perfusión periférica, junto con una importante disminución del nivel de conciencia (Glasgow 8/15: 2,2,4), por lo que se decide intubación. A las pocas horas aparece poliuria marcada secundaria a diabetes insípida central, presenta midriasis media bilateral arreactiva, con ausencia de reflejos de tronco encefálico y signos de hipertensión intracraneal (hipertensión arterial y bradicardia). Se realiza electroencefalograma en el que se detecta ausencia de actividad eléctrica cerebral, siendo todo ello compatible con muerte encefálica y de acuerdo con la familia, se decide limitar el esfuerzo terapéutico, se comprueba apnea central, lo que conduce a parada cardiorrespiratoria y al fallecimiento del paciente. En el hemocultivo y cultivo de LCR, crece *S.pneumoniae* (serotipo 18 C). La determinación de anticuerpos frente a *S.pneumoniae* realizada en una muestra sanguínea del día del ingreso objetiva títulos protectores (2,11 µg/ml) frente al neumococo. En la necropsia se observan datos de meningitis aguda con infiltración parenquimatosa focal, ventriculitis inicial e hipofisitis focal, así como microcalcificaciones perivasculares en núcleo lenticular (lesiones crónicas). En niños con infección por VIH, la reactividad humoral puede ser anormal y las células B-memoria no recuperan su funcionalidad incluso tras recuperación cuantitativa de los linfocitos CD4 con triple terapia, por lo que puede que la respuesta vacunal sea no protectora, tanto a nivel cuantitativo (concentración de Ac) como a nivel cualitativo (avidez, especificidad y función de dichos Ac).

Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

Este formato deberá enviarse debidamente cumplimentado como archivo adjunto a la dirección correo electrónico ibercongress@ibercongress.net. **Secretaría Técnica.**