

SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA): UNA AMENAZA PARA EL MUNDO Y EL FUTURO DE LA NIÑEZ

* Dr. Aníbal Concepción M.
* Dra. Graciela J. Núñez M.

INTRODUCCION

Uno de los más graves problemas de salud que afectan al género humano en los últimos años es, sin lugar a dudas, el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), enfermedad letal que no sólo afecta a la población adulta del mundo, sino que extiende sus garras mortales, con factores de riesgo ponderables, a la población pediátrica, en cuyo conjunto se presentan casos que muestran gran similitud con el SIDA del adulto.

ANTECEDENTES

El SIDA se ha difundido por todo el globo terrestre desde finales de los años 70, siendo en principio su presencia más notable en los Estados Unidos de Norteamérica, Francia, Brasil, amplios sectores de Africa y la Isla de La Hispaniola o Santo Domingo, que comparten Haití y República Dominicana. En términos generales y considerando los factores migratorios, podemos afirmar que el SIDA es, al momento, una epidemia mundial. De hecho casi todos los países del mundo han hecho aportes respecto de la presencia de la enfermedad.

Esto constituye una amenaza real y presente para todo el género humano, dada la capacidad geométrica o exponencial que exhibe este mal (el SIDA) para expandirse.

* **Pediatras en el ejercicio de la profesión. Santo Domingo, R.D.**

CONCEPTO Y ETIOLOGIA

El CDC (Centro de Control de Enfermedades de los Estados Unidos) define al SIDA pediátrico como una enfermedad que tiene como base un déficit inmunológico celular excluyendo otras causas que lo puedan producir.

Otros estudios de investigación han definido el mal como un síndrome causado por un virus linfotrópico de células humanas (células T) tipo III o linfadenopatía asociada al virus HTLV—III ahora llamado más recientemente (V.I.H. (virus de inmunodeficiencia humana).

No hay dudas respecto de que el SIDA es una enfermedad contagiosa, mortal, producida por un virus perteneciente al grupo de los retrovirus, llamado actualmente virus de inmunodeficiencia humana (V.I.H.).

FACTORES DE RIESGO DE SIDA PEDIATRICO

Es evidente que los factores de riesgo del SIDA pediátrico dependen en su mayor parte del SIDA en el adulto. De hecho, siguen siendo factores transmisibles claves de la enfermedad, tanto las hembras como los varones, la población homosexual, heterosexual, bisexual, los drogadictos que se inyectan por vía endovenosa con jeringuillas contaminadas y los hemofílicos que requieren frecuentes transfusiones sanguíneas. A éstos se agregan los pacientes que han recibido derivados de sangre como factor VIII.

El mayor riesgo del SIDA pediátrico lo constituye una madre con la enfermedad. El SIDA puede ser transmitido de la madre al feto durante el embarazo o el parto. Si una embarazada adquiere el SIDA en el primer trimestre del

embarazo podría indicarse el aborto terapéutico; para el segundo y tercer trimestre el niño nacerá siendo portador del virus, dado que se ha demostrado que el SIDA se transmite por vía trasplacentaria de una madre portadora del virus. Se espera un incremento del número de niños con SIDA, y podemos afirmar, dado su exponencial crecimiento, que puede ser una amenaza real para la supervivencia infantil y, por ende, estratégicamente hablando (o largo plazo), para la supervivencia de toda la humanidad.

Fische Margaret y colaboradores reportan de un total de 109 niños estudiados, 15 casos de niños con anticuerpos positivos para el virus del SIDA y se constató que eran hijos de madres con anticuerpos positivos para el SIDA; 2 casos presentaron transferencias de anticuerpos maternos y 2 casos más presentaron el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 90 niños fueron seronegativos y no presentaron seroconversión en ningún momento, durante un lapso de seguimiento de hasta los 18 meses de edad.

CUADRO CLINICO DEL SIDA PEDIATRICO

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) presenta un período de incubación muy variable: desde pocos días después de la contaminación y hasta la aparición de los primeros síntomas que ocurren en los primeros 6 meses de vida del niño, y los 2 a 7 años en el adulto.

El cuadro clínico del SIDA en el niño puede presentarse con diversos signos y síntomas generales, muchas veces inespecíficos: hipotermia o hipertermia de 38 a 39°, sudoración, escalofríos, anorexia, retraso del crecimiento, hepatosplenomegalia, pérdida de peso, diarrea aguda o crónica; adenopatía, linfadenopatías superficiales o generalizadas, exantema morbiliforme, infecciones bacterianas recurrentes más frecuentes debidas a gérmenes oportunistas como son la candidiasis oral persistente, la neumonitis intersticial producida por un protozoo llamado pneumocystis carinii, que es una de las infecciones oportunistas más serias y frecuentes producidas tardíamente, a menudo resistente a la terapia antimicrobiana. Además de esta infección neumónica se produce una neumonitis intersticial linfoidea, proceso inflamatorio de causa desconocida, que puede desarrollarse en pacientes con SIDA pediátrico. La neumonitis intersticial linfoidea ha sido notificada y observada en niños que adquieren hipogammaglobulinemia adquirida. Esta produce manifestaciones clínicas caracterizadas por disnea, hipoxemia y pobres respuestas a los antimicrobianos. Septicemia secundaria a *Haemophilus influenzae*. Pueden producirse diversas infecciones virales: adenovirus, citomegalovirus, virus del herpes simple, virus de la hepatitis B. Puede aparecer un cuadro hemático caracterizado por anemia, púrpura trombocitopénica con linfopenia, hipergammaglobulinemia policlonal moderada a base de IgG que es frecuente en todos los grupos de edades portadores asinto-

máticos del virus, mientras que los pacientes sintomáticos presentan una elevación de la IgA. Los estudios inmunológicos revelan una elevación en los niveles de linfocitos T supresores. Sin embargo, los recuentos de los linfocitos son muy variables de un paciente a otro, tanto en su número absoluto de células T4, como la relación T4/T8. Estudios radiográficos revelan un proceso inflamatorio no específico y/o adenopatía hilar. Un gran problema para el pediatra lo representa el hecho de la utilización de sangre y/o sus derivados potencialmente contaminados, sobre todo en aquellos niños que necesitan varias transfusiones de sangre tales como el hemofílico, prematuro, séptico y el hiperbilirrubinémico que es sometido a varias exanguinotransfusiones; se recomienda evitar las transfusiones de sangre, sobre todo si no se ha hecho previamente una adecuada determinación de la presencia del virus del SIDA.

El SIDA es una enfermedad que los pediatras debemos considerar en los diagnósticos diferenciales.

El virus no se transmite por contacto casual, por lo cual los niños pueden estar juntos, en un salón de clase, en la piscina, en el hogar, darse las manos y compartir los juegos.

DIAGNOSTICO

Existen varias categorías de riesgo: bajo, mediano y alto; el diagnóstico del SIDA se hace realizando la prueba de Elisa a todos aquellos grupos de alto riesgo, la cual debe repetirse y posteriormente hacer otra prueba confirmatoria de inmunofluorescencia; el diagnóstico definitivo se hará con las pruebas positivas más un examen médico completo y minucioso que confirme la existencia de dicha enfermedad.

TRATAMIENTO

Hasta el momento no existe ningún tratamiento específico ni vacunación para el SIDA. En la actualidad sólo se ha podido prolongar la vida de los pacientes con el uso de antimicrobianos, terapia antitumoral, interferon y soporte nutricional adecuado. Ha producido mejores resultados el uso de gammaglobulina intravenosa en dosis de 300mg/K, 2 veces por semana, la cual actúa inhibiendo el deterioro inmunológico del niño, así como la azidotemia (AZT) que actúa interfiriendo la replicación viral.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Arthur J. MD; Kaminsky L. MD; Morton C. MD; Jay A. MD. Antibodies TO Aids-Associated Retrovirus. Distinguish between pediatric primary and acquired immunodeficiency diseases. *Jama*, 1985, Vol. 253, No. 21; 3116-3118.
- Desposito F. MD; Minnefer Anthony MD; Oleske J. MD. "Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA. Una perspectiva pediátrica". *Pediatric in Review*. Vol. 3, No. 5, año 3; 163-164.

Ammann A. Levy J. "Laboratory investigation of pediatric acquired immunodeficiency syndrome". *Clinical Immunology and Immunopathology* 1986, 40, 122-127.

Informe de la reunión consultiva sobre viajes internacionales e infección por el H.I.V. Ginebra, 1987.

Santaella M. MD. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida: Estado de disfunción inmunológica en foco. *Bol. Asociación Médica de Puerto Rico*, 1983. 391-392.

Curran J. MD—AIDS—Two years later. *New England Journal of Medicine*, 1983; Vol. 309, 609-611.

Climent C. MD Lasala G, MD Vélez R. MD. y colaboradores. Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *Bol. Asoc. Med. PR.*, 1985; 50-55.

Liskin, L. Blackburn, R. El Sida. Una crisis de salud pública. *Population Reports*, 1987; No. 6, 1-44.