

## **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) ↓**

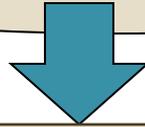
## *Diagnósticos*

- 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

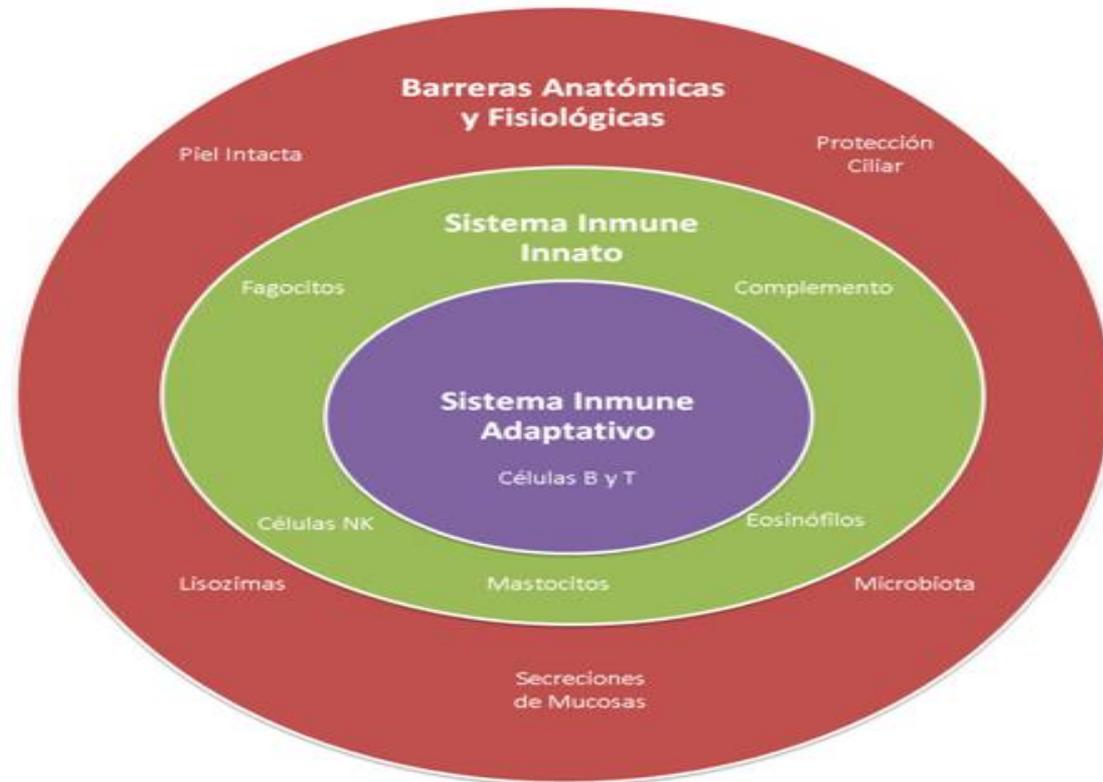
Historia de infecciones: n° infecciones, duración, edad, patógenos, fiebre origen desconocido, alteración DPE, diarrea persistente

➤ **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

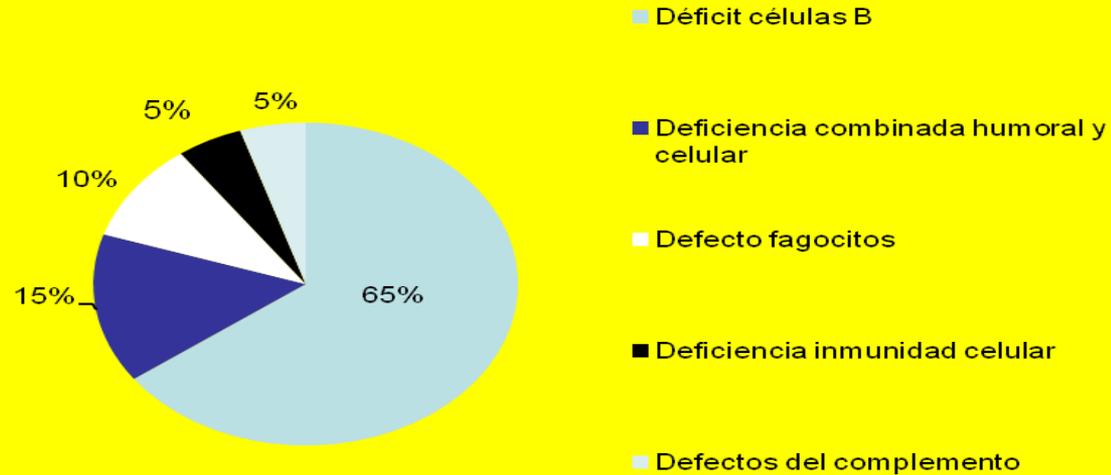
Son hereditarias, afectan más células B y suelen manifestarse en el primer año de vida.

## 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	<b>Defecto células humorales: LB</b>	Comienzo a partir de los 4-6 meses edad
Infecciones por gérmenes oportunistas de inicio precoz	<b>Defectos celulares LT</b>	Síntomas poco después del nacimiento
Infecciones cutáneas profundas	<b>Defecto de fagocitosis</b>	Ulceras aftosas, gingivitis, retraso caída cordón umbilical
Infecciones por gérmenes capsulados	<b>Defectos del complemento</b>	( <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  <b>Hemograma</b> normal.  <b>Inmunoquímica:</b>            IgE Total 67.1 KU/L .0 - 114.0            Inmunoglobulina G 1310.0 mg/dL            660.0 - 1620.0  <b>Inmunoglobulina A &lt;6.7 mg/dL</b>            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  <b>Complemento C4 en suero 9.9</b>  <b>mg/dL</b> 14.0 - 44.0            Properdina Factor B 26.0 mg/dL            19.0 - 50.0            Proteína C Reactiva en suero &lt;0.1            mg/dL 0 - 0.8            Factor Reumatoide en suero &lt;20.0            UI/mL .0 - 25.0</p>	<p><b>Bioquímica</b> normal (GGT &lt; 6).  <b>Hemograma</b> normal.    <b>Inmunoglobulina IgA&lt;6.7mg/dl</b>              Complemento C1q en suero 165            mg/L 100 - 255            Complemento C3 en suero 82.7            mg/dL 82.0 - 170.0  <b>Complemento C4 ** 4.6 mg/dL</b>            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><b>Hemograma:</b> Hematíes <b>4.61</b>            10E6/μL, <b>Hb: 12.8</b> g/dL, Hto: <b>39.1</b>            %, V.C.M. <b>84.8</b> fL, H.C.M.<b>27.8</b> pg,            C.H.C.M. <b>32.8</b> g/dL, A.D.E. <b>12.9</b> %, <b>Plaquetas 283</b> 10E3/μL, V.P.M. <b>7.8</b>            fL, A.D.P. <b>16.3</b> %, <b>Plaquetocrito0.220</b> %, <b>Leucocitos</b>  <b>6.20</b> 10E3/μL, Neu<b>61.4</b> %, Lin<b>24.8</b>            %, Mon<b>6.5</b> %, Eos<b>3.5</b> %, Bas <b>3.8</b> %.  <b>Inmunoproteínas</b>            Inmunoglobulina G en suero <b>1580.0</b>            mg/dL  <b>Inmunoglobulina A en suero * &lt;6.7</b>  <b>mg/dL</b>            Inmunoglobulina M en suero <b>54.3</b>            mg/dL            Complemento C3 en suero <b>96.0</b>            mg/dL  <b>Complemento C4 en suero * 9.0</b>  <b>mg/dL</b>            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.