

PAROTIDITE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DE INFECÇÃO POR VIH



J Almeida Santos, C Neves, F Candeias
Unidade de Infeciologia Pediátrica – Área de Pediatria Médica
Director: G Cordeiro Ferreira
Hospital de Dona Estefânia, CHLC – EPE

INTRODUÇÃO

Actualmente, a maioria dos casos pediátricos de infecção por VIH é devida a transmissão materna do vírus. Na ausência de medidas de profilaxia, verificam-se taxas de transmissão vertical do VIH-1 entre 15-25% na Europa Ocidental e EUA.

Cerca de 65% dos casos ocorrem no peri-parto, 23% *in útero* e 12% no período pós-natal durante a amamentação. Estes casos podem apresentar uma evolução crónica, “*adult-like*” ou rapidamente progressiva.

CASO CLÍNICO

Identificação

♀, 9 A
Natural e residente em Portugal
Mãe de Madagáscar; Pai francês

Antecedentes Pessoais

Gravidez não vigiada, PTE
LM até aos 3 A
Má progressão EP ($\leq P5$)
Parotidite bilateral aos 5 A
Sem vigilância em C. Saúde Infantil
Não frequente escola

Quadro Clínico

2 dias de evolução :

Febre, anorexia e tumefacção cervical

Observação

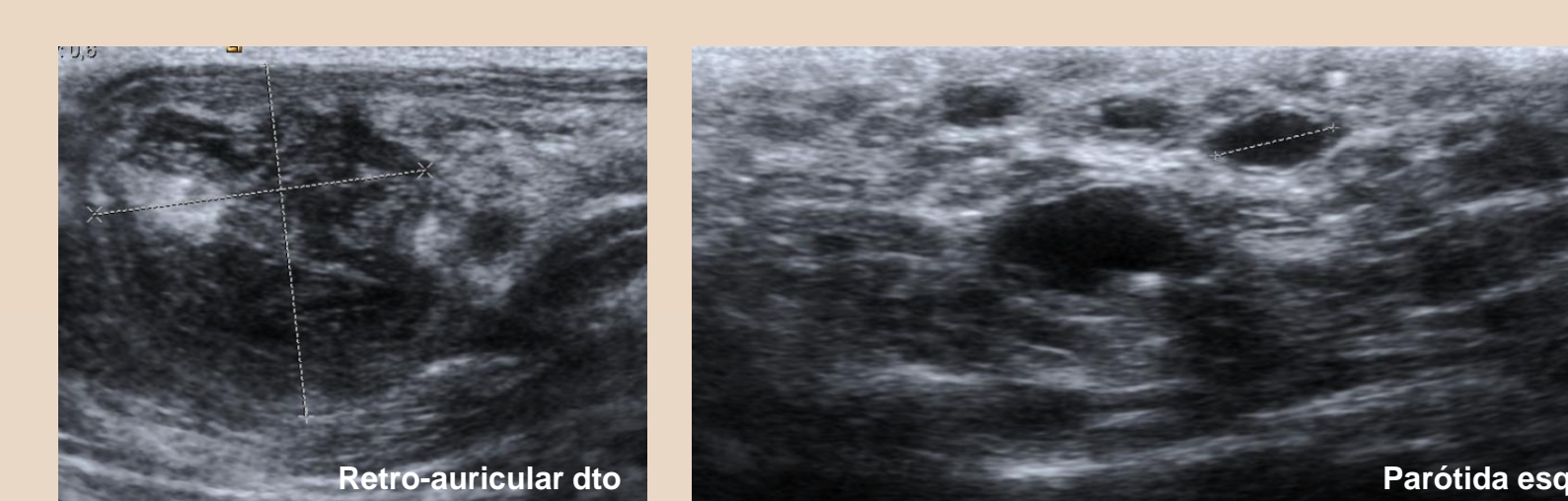
Febril e emagrecida (peso < P5)
Tumefacção cervical/retro-auricular direita
↑ Volume glândulas parótidas
Cáries dentárias múltiplas

Sem hepatoesplenomegalia/outras adenopatias

Análises

VS = 90 mm/h, restante N

Ecografia cervical



Aglomerado adenopático (42x17mm) c/ colecção líquida não pura

↑ Volume das parótidas, com aspecto multinodular, quístico, sugerindo parotidites de repetição

Adenofleimão cervical
+
Parotidite bilateral

Penicilina
+
Clindamicina

Flutuação → Punção
adenofleimão
(D₁₇ internamento)

Alteração da AB para
flucloxacilina ev

Pesquisa de micobactérias e
fungos negativa

Má progressão estaturó-ponderal
Parotidites de repetição
Gravidez não vigiada...

INFECÇÃO VIH?

VIH-1+

Estudo laboratorial

Linfócitos T CD4+ 240 células/mm³ ($\leq 15\%$)
Carga viral HIV 3,82 x 10³ cópias de RNA/mL
Genótipo HLA-B*5701 negativo

Restantes serologias negativas
Pesquisa de BK no suco gástrico negativa
Estudo do lavado bronco-alveolar negativo

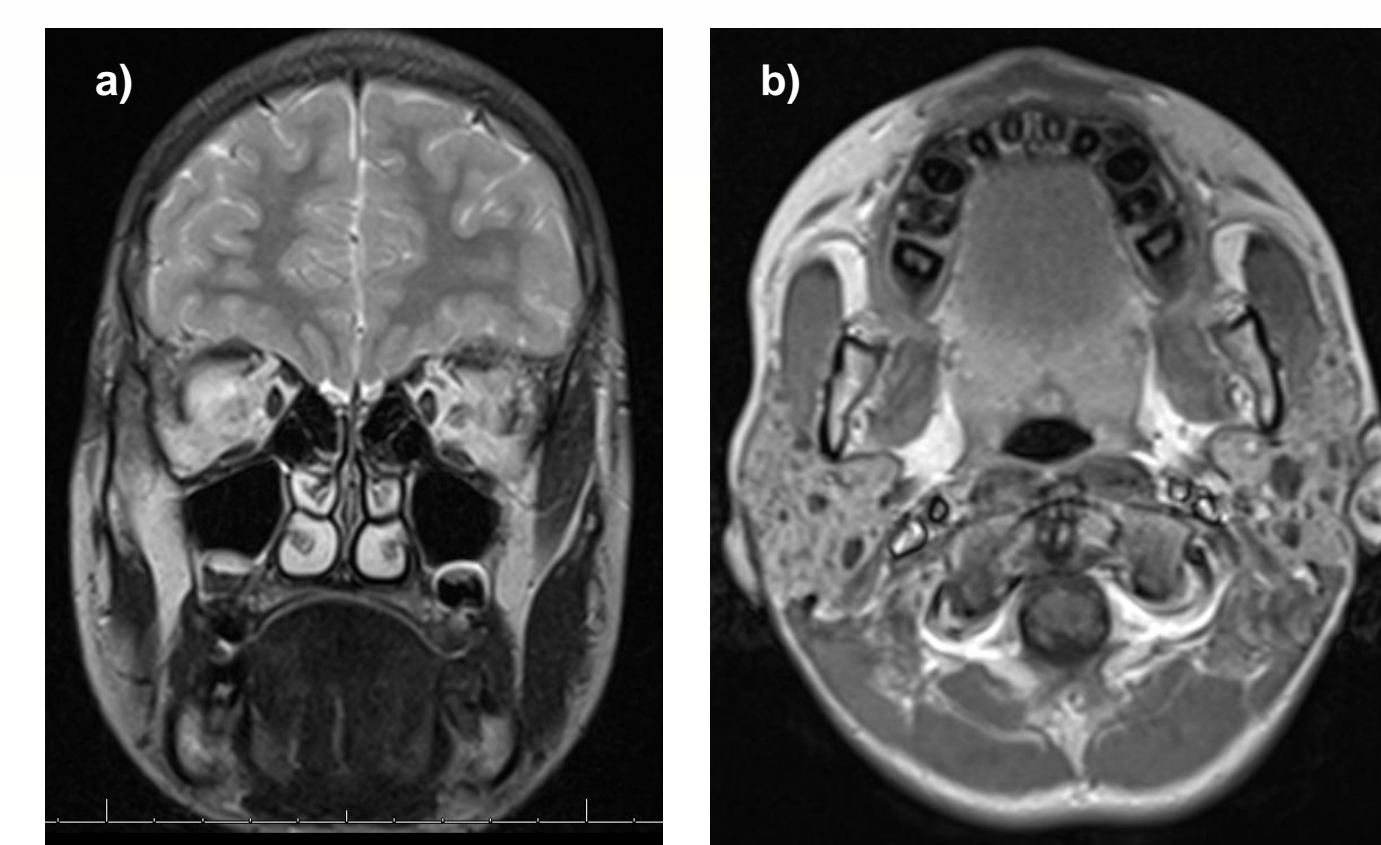
INFECÇÃO VIH-1
TRANSMISSÃO VERTICAL
Estádio A2

Terapêutica anti-retroviral

Lamivudina
Abacavir
Lopinavir/Ritonavir (Kaletra®)

Profilaxia *Pneumocystis jirovecii*

Cotrimoxazol



RM-CE

a) Alterações incipientes de leucoencefalopatia VIH? (discreto hipersinal T2 na substância branca parietal)

b) ↑ volume das parótidas, c/ múltiplas áreas quísticas (quistos linfo-epiteliais benignos)

Exame neurológico N
Observação por Oftalmologia N
Radiografia tórax e ecocardiograma N
Ecografia abdominal N

Confirmação de infecção VIH-1 materna

Diagnóstico neonatal de infecção VIH ocultado pela mãe

Melhoria clínica, virológica e imunológica

DISCUSSÃO

Este caso ilustra um exemplo de transmissão vertical do VIH-1 caracterizado por uma evolução crónica, cujo diagnóstico cursou com parotidite, um dos sinais indicadores de infecção VIH.

Procura-se salientar a importância de, na presença de sinais/sintomas compatíveis, excluir sempre infecção por VIH, mesmo em casos com sintomatologia ligeira.

Bibliografia

1) Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA. Recomendações Portuguesas para o Tratamento da Infecção VIH/SIDA, Janeiro 2011; 2) Jennifer S. Read and the Committee on Pediatric AIDS. Diagnosis of HIV-1 Infection in Children Younger Than 18 Months in the United States, *Pediatrics* 2007;120:e1547-e1562; 3) Secção de Neonatologia da Sociedade Portuguesa de Pediatria, Protocolos de Diagnóstico e Terapêutica em Infeciologia Perinatal, Porto 2007; Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Prevenção da Transmissão Vertical, 73-79; 4) Committee on Pediatric AIDS, HIV Testing and Prophylaxis to Prevent Mother-to-Child Transmission in the United States, *Pediatrics* 2008;122:1127-1134.