

Repercusiones Otorrinolaringológicas en Pacientes Pediátricos con HIV/AIDS-SIDA

Heloisa Helena S. Marques

¿Como manejar a un niño que llega con un cuadro de parotiditis crónica o de repetición?

Considerandose que sea un niño con infección por HIV, el compromiso de las glándulas salivares, en especial las parótidas, es bien reconocido y en los niños es mucho más frecuente que en los adultos. En el adulto, la parotiditis aparece en la fase más tardía de la enfermedad.

Las parótidas en general, se presentan a la palpación con una consistencia firme y no dolorosa. La evolución de la parotiditis es crónica, el compromiso puede ser uní o bilateral, causa pocos síntomas y puede haber una complicación supurativa en el curso de la infección porque se forman acúmulos de secreción dentro de la glándula. Estos episodios se tratan fácilmente con los antibióticos comunes.

Una buena opción es utilizar el antibiótico con el espectro mas adecuado al agente infeccioso que se piensa y evitar drogas con un espectro muy amplio. Las alternativas terapéuticas para estos cuadros son la amoxicilina o una cefalosporina de primera generación.

La parotiditis se presenta como un cuadro de evolución crónica, pero algunas veces los médicos pueden demorar desde meses a años para darse cuenta de que este niño puede tener algo mas que una parotiditis. Todavía hoy existen niños con parotiditis crónica en los que se demoró de tres a cinco años para que se sospechara de un diagnóstico de inmunosupresión o sea la infección por el HIV. Por esta razón el Pediatra y el Otorrinolaringólogo deben introducir este conocimiento dentro de su práctica y de su raciocinio clínico en cuanto al diagnóstico diferencial.

Por ser la evolución crónica, el diagnóstico no siempre se hace en el primer episodio. Cuando el niño presenta una parótida aumentada por una segunda vez, se debe sospechar éste diagnóstico (todos saben que la infección por el virus de la parotiditis generalmente no se repite). A partir del tercer episodio de parotiditis se observa que en la palpación, la parótida es diferente a la palpación de un niño con parotiditis por el virus de la parotiditis epidémica; ella ya está mucho mas endurecida pues existe un proceso que esta cronificándose en esta área. La etiopatogenia en este niño con infección por el HIV es posiblemente un resultado de la co-infección por el virus Epstein-Barr y el HIV y será fundamentalmente por una infiltración de linfocitos. Los hallazgos en la biopsia son la hiperplasia folicular y una infiltración difusa. Aunque es poco común en el niño eventualmente puede

ocurrir la formación de quistes linfoepiteliales benignos. No hay un tratamiento específico y la reducción de las parótidas no es muy significativa. Una parótida que tiene una lesión no va resolverse fácilmente. Hay evidencias de que el cuadro de parotiditis es una buena señal pronóstica; quien tiene aumento de las parótidas en general vive más tiempo.

En los otros cuadros que envuelven el oído, la nariz y la garganta en niños podemos encontrar la hipertrofia amigdalina crónica de etiología no determinada; cuadro de úlceras aftosa (ha sido utilizada la cilmetidina y eventualmente hasta la talidomida, en función de la gravedad y de la cronicidad de estos cuadros); moniliasis oral y de la faringe posterior recurrentes, cuadros de otitis, sinusitis de repetición y de mastoiditis crónica. Otras formas de parotiditis crónicas son raras en el niño. Muy raramente este cuadro de parotiditis puede ser confundido con un cuadro de infección bacteriana aguda. Por esto, en un niño con parotiditis crónica de mucho tiempo, debe haber la sospecha de la infección por el HIV en el diagnóstico diferencial. En el Instituto del Niño, del Hospital de Clínicas de San Pablo, en el grupo de seguimiento (que hoy tiene mas de 380 niños desde el primer caso en 1985), cerca del 8% de los casos llegan con una historia de aumento crónico de las parótidas que no le llamó la atención a su médico tratante. A pesar de ser poco sensible, este hallazgo es bastante específico. Otros cuadros de infección de las vías aéreas superiores son la otitis media de repetición, sinusopatía y otitis media crónica a lo largo del seguimiento de estos pacientes. En los niños con otitis, candidiasis oral, rinosinusitis de repetición y parotiditis crónica o de repetición con episodios de supuración, se debe sospechar que sean portadores de infección por el HIV.

El diagnóstico diferencial, no es muy complicado, no hay muchas patologías envueltas en este diagnóstico diferencial: parotiditis epidérmica, tuberculosis, síndrome de Sjögren y sarcoidosis. El Síndrome de Sjögren se caracteriza por una lesión crónica de la parótida uní o bilateral, con pocas molestias, asociado a otros signos como resequedad de la boca y de los ojos y se trata de una enfermedad probablemente de etiología auto inmune. Y, finalmente debe considerarse la parotiditis crónica recurrente que se encuentra en niños inmunocompetentes que pueden tener episodios repetidos que desaparecen en la adolescencia.

El diagnóstico de la infección por el HIV es realizado por los métodos virológicos o serológicos. En el niño mayor de 18 meses en la práctica clínica, se puede hacer el diagnóstico solicitándose serología para HIV, anticuerpos anti HIV 1 y 2. En el niño menor de 18 meses el diagnóstico es un poco mas complicado en función de los anticuerpos transplacentarios anti HIV maternos y por tanto se deben solicitar exámenes específicos en dos ocasiones distintas y, si ambos fueran positivos, entonces se considera que el niño esta infectado.

Lecturas recomendadas

1. Templer, JW. Parotitis. <http://www.emedicine.com/ent/topic600.htm> last update October 2003, access on August 7th 2005.
2. Fazekas T, Wiesbauer P, Schroth B, Potschger U, Gadner H, Heitger A. Selective IgA Deficiency in Children With Recurrent Parotitis of Childhood. *Pediatr Inf Dis J* 2005, 24(5):461-462.
3. Reddy A, Hermione L, Crawford D. Epstein-Barr Virus and Lymphoid Interstitial Pneumonitis: An Association Revisited. *Pediatr Inf Dis J* 1998, 17(1):82-83.
4. Dilu NJ, Giyulu N. Recurrent parotitis in children and HIV infection. Apropos of 4 cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac* 1998, 99(1):40-3.
5. Sperling N, Lin P, Lucente F. Cystic Parotid Masses in HIV Infection. *Head & Neck* 1990, 12:337-341.