



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

UNIDAD DE POST GRADO

**Alteraciones cardiovasculares en pacientes pediátricos
infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana
Introducción**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Cardiología

AUTOR

José Roberto Murillo Beteta

LIMA – PERÚ
2004

Introducción

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH) esta en aumento a pesar de los esfuerzos para controlar su avance. Los niños contraen la infección por vía vertical (transplacentaria, parto o lactancia) en aproximadamente 95%.(2)

La estimación de casos para el año 2000 es de 1,4 millones en América Latina y un total de 36,1 millones en el mundo, la estimación de casos nuevos entre adultos y niños es de 5,3 millones siendo 150 000 para América Latina (1). En el Perú los casos de SIDA reportados desde 1983 hasta abril 2001 son 11 648 y los de infección por el VIH son de 10 817; se calcula que para mediados del 2001 en el Perú haya 52 000 habitantes viviendo con el virus y de ellos 2000 serán menores de 5 años. (2)

Los pacientes con la infección por el VIH/SIDA presentan diferentes manifestaciones orgánicas siendo las más comunes las respiratorias, gastrointestinales, dermatológicas y neurológicas (4). La morbilidad y mortalidad cardiaca es frecuente, mayor de la que se reporta, con una incidencia de 20 a 50% (3). Las alteraciones cardiovasculares en general se consideran como manifestación de estadios más avanzados (6, 7), pero también existen reportes en los cuales estas manifestaciones pueden ocurrir en cualquier estadio. (8).

Los hallazgos patológicos generalmente muestran aumento de peso cardiaco, con dilatación cavitaria e hipertrofia. El hallazgo más común a nivel microscópico es la presencia de una miocarditis focal con infiltrados mononucleares y necrosis de las fibras musculares, infiltración del tejido de conducción y de los nervios periféricos. (9,10). La evidencia directa del virus en el corazón no es común (11)

Dentro de las manifestaciones cardiovasculares más frecuentes se encuentran: el derrame pericárdico, taquicardia, bradicardia, hipertensión, hipotensión, y la disfunción ventricular izquierda llegando incluso a la dilatación (12).

La alteración que con mayor frecuencia se diagnostica es la disminución de la función ventricular izquierda (disfunción sistólica), debido a que los síntomas en la mayoría de los casos pasan desapercibidos y se detecta en estado avanzado. La dilatación y la disfunción sistólica se presenta en el 27% de los pacientes según Lipshulzm (13) y es más común en los enfermos sintomáticos. De igual forma un estudio europeo reporta la alteración de la función del VI en 25% (14) y otro estudio brasilero en un 30% (6); estas alteraciones tienen, al igual que el adulto, un valor pronóstico negativo (15). La disfunción ventricular izquierda y el aumento de masa ventricular predicen una mortalidad acelerada (6). Lipshultz y col. (16) reportan que la depresión de la función VI se correlaciona con la disfunción inmune en un inicio, pero en el seguimiento no sucede así, lo que sugeriría que el conteo de linfocitos CD4 no sería útil como marcador de disfunción VI y VIH; el 97% de estos pacientes recibían tratamiento antiretroviral.

La efusión pericárdica se reporta entre un 10 y 30%, y es generalmente pequeña y sin molestias, ni taponamiento cardiaco y no es común aislar el virus; su presencia es un indicador de mal pronóstico, independiente del nivel de CD4 (17,18). La efusión pericárdica se resuelve espontáneamente en un 42%, sin embargo la mortalidad permanece incrementada en los pacientes infectados con VIH que desarrollan efusión pericárdica, aun si esta se resuelve en el tiempo (19). En cuanto a la disfunción diastólica no existen muchos reportes sobre su alteración en niños con VIH y menos sin tratamiento antiretroviral. Dimitriu y col. (20) reporta una incidencia de 63% de alteraciones cardiovasculares de las cuales el 18.75% era disfunción diastólica. En otro estudio

Labeque y col. (21) analiza el doppler tisular encontrando que la onda diastólica temprana (e) era menor en los pacientes con VIH, y en el análisis del llenado del VI la onda de contracción auricular era significativamente mayor, de tal forma que la relación E/A (doppler transmitral) y la e/a (doppler tisular) era significativamente menor en los pacientes VIH positivos respecto al grupo control. Respecto a la hipertrofia ventricular izquierda, ésta resulta inadecuada e insuficiente para reducir el stress pico sistólico de pared. La elevación progresiva de la poscarga del VI debido a la dilatación lleva a una depresión de la performance ventricular, pero la contracción ventricular intrínseca permanece normal. (24).

Debido a que en nuestro país no existen reportes de la incidencia de alteraciones cardiovasculares en pacientes pediátricos infectados con VIH; el objetivo de este trabajo fue reportar la incidencia y describir estas alteraciones y además correlacionarlas con los estadios clínico e inmunológico de la enfermedad.