

INSTITUTO SUPERIOR DE CIENCIAS MÉDICAS  
"DR. SERAFÍN RUIZ DE ZÁRATE RUIZ"  
SANTA CLARA, VILLA CLARA

**INFORME DE CASO**

INMUNODEFICIENCIA CELULAR, ASMA INFANTIL Y ADENOIDITIS

Por:

Dr. Jorge Ramón Fernández García<sup>1</sup>, Dr. Vicente Hernández Moreno<sup>2</sup> y Dra. Araelis Ruiz Hernández<sup>3</sup>

1. Especialista de II Grado en Alergia. Facultad de Estomatología. Profesor Auxiliar de Farmacología. ISCM-VC. e-mail: [george@capiro.vcl.sld.cu](mailto:george@capiro.vcl.sld.cu)
2. Especialista de II Grado en Inmunología. Departamento de Investigaciones. Profesor Auxiliar de Inmunología. ISCM-VC. e-mail: [vicentehm@iscm.vcl.sld.cu](mailto:vicentehm@iscm.vcl.sld.cu)
3. Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial. Facultad de Estomatología. Asistente de Estomatología General Integral. ISCM-VC. e-mail: [araelis@yahoo.es](mailto:araelis@yahoo.es)

*Descriptor DeCS:*

INFECCIONES DEL TRACTO  
RESPIRATORIO  
SINDROMES DE INMUNODEFICIENCIA  
ASMA  
ADENOIDES/patología

*Subject headings:*

RESPIRATORY TRACT INFECTIONS  
IMMUNOLOGIC DEFICIENCY SYNDROMES  
ASTHMA  
ADENOIDS/pathology

La presencia de procesos infecciosos respiratorios altos y bajos son muy frecuentes en la infancia, y su atención es fundamental por la repercusión que tiene en el niño y la familia. Cuando este proceso está asociado a un cuadro de inmunodeficiencia, el pronóstico es más reservado. Asimismo, en niños con predisposición genética a padecer de procesos alérgicos, los virus y bacterias muchas veces desencadenan los síndromes alérgicos que afectan la calidad de vida del paciente y de su familia.

En niños con enfermedades crónicas y una evolución no satisfactoria, es fundamental en nuestro país el funcionamiento de los equipos multidisciplinarios, como ha sucedido con este paciente, pues para lograr un buen diagnóstico, terapéutica y una rehabilitación total fue necesaria la participación del pediatra, alergista, inmunólogo, otorrinolaringólogo, psicóloga y la estomatóloga. Fue valiosa la intervención de estas dos últimas especialidades, por la repercusión en la salud mental de la familia y el niño, y por las manifestaciones estéticas y funcionales del sistema estomatognático.

Consideramos fundamental los funcionamientos de estos equipos de diferentes especialidades, cuando queremos hablar de la excelencia, calidad y eficiencia en la atención a la población cubana.

Presentación del paciente

Paciente de siete años, nacido de parto eutócico, sexo masculino, que desde la etapa de lactante padece de episodios febriles a repetición, que están asociados a catarros, obstrucción nasal, otalgias, reacciones a vacunas aplicadas por el sistema nacional de salud, así como laringitis,

asma infantil y mononucleosis infecciosa, lo que provocaba en la familia mucha ansiedad al recibir el paciente múltiples tratamientos y no ser satisfactoria su evolución; presentaba, además, anorexia y alteraciones en el peso. Generalmente, en esta primera etapa, se le indicaba solo tratamiento sintomático, sin una valoración integral de todos los síntomas y signos que padecía. A medida que estos se fueron desencadenando de manera más frecuente y alarmante, y afectaron la salud psíquica del niño, se inició el estudio por un equipo multidisciplinario en el Hospital Pediátrico Universitario "José Luis Miranda" de Santa Clara.

Ha sido hospitalizado en tres ocasiones por intolerancia a lácteos, laringitis y adenoamigdalitis.

Se realizaron diversas pruebas para investigar la causa de los procesos infecciosos a repetición, y en el exudado de faringes se halló estreptococo beta hemolítico y *Staphylococcus aureus*; en el examen inmunológico, disminución de las células T y de las inmunoglobulinas IgM e IgG, así como cifras normales de IgA; no se observaron deficiencias de células fagocíticas ni de complemento.

La terapéutica utilizada en sus siete años de vida fue: penicilina benzatínica, gammaglobulina, levamisol, factor de transferencia, inmunoforon, así como medicamentos antisépticos, vitaminas y minerales; por último, se decidió operarlo de adenoides, y se mantiene asintomático desde hace tres años. Actualmente tiene seguimiento por la estomatología, por las secuelas de la respiración bucal.

#### Comentario

La presencia de procesos infecciosos respiratorios en las primeras etapas de la vida es frecuente en nuestro medio, ya sea por la hipogammaglobulinemia fisiológica<sup>1,2</sup> y en otras ocasiones influye la relación diaria de estos niños en los círculos infantiles.

Los estudios realizados en este paciente reflejaron un componente alérgico<sup>3,4</sup> por los antecedentes familiares atópicos y el conteo de eosinófilos alto; además, en el examen inmunológico se observó una inmunodeficiencia celular<sup>5</sup>. En los exudados nasal y faríngeo se detectó *Staphylococcus aureus* y estreptococo beta hemolítico del grupo A, y la otorrinolaringóloga diagnosticó una adenoiditis crónica.

El tratamiento preventivo y farmacológico para tratar de eliminar las infecciones fue: su suspensión temporal del círculo infantil y comenzar tratamiento con diferentes terapéuticas: penicilina benzatínica, levamisol, factor de transferencia e inmunoforon, utilizados en la inmunodeficiencia celular; con ello, se logró su mejoría por etapas<sup>6,7</sup>.

Después de realizar la adenoidectomía, el paciente se encuentra asintomático desde hace tres años. Consideramos que las medidas preventivas son fundamentales en las enfermedades alérgicas<sup>8</sup>. Asimismo, los medicamentos utilizados mejoraron los indicadores inmunológicos, como las pruebas de hiperreactividad retardada, conteos leucocitarios, entre otros. Pero al decidir eliminar el foco séptico, fue fundamental en la evolución y seguimiento del paciente, la intervención del equipo multidisciplinario constituido por las especialidades de Alergia, Inmunología, Otorrinolaringología y Estomatología.

#### **Referencias bibliográficas**

1. Sinclair D. Primary immunodeficiency? *Allergy Clin Immunol.* 2003;15(6):261.
2. Welter J. Secondary immunodeficiency. In: Roitt J, Brostoff J, Male D. *Immunology.* 6<sup>th</sup> ed. Edinburgh: Mosby; 2001. p. 313-7.
3. Passalacqua G, Guerra L. Asthma rhinitis comorbidity. *Allergy Clin Immunol.* 2003;15(3):105-9.
4. Fernández García J. Terapéutica del asma bronquial severa y la rinitis alérgica. *Medicentro Electrónica* [serie en Internet]. 2006 [citado 20 Oct 2007];10(2):[aprox. 3 p.]. Disponible en: <http://www.vcl.sld.cu/sitios/medicentro/paginas%20de%20acceso/Sumario/ano%202006/vol10n2a06/d18.htm>
5. Champi C. Primary Immunodeficiency disorders in children. *J Pediatr Health Care.* 2002;16:16-21.
6. Krensky Alan M. Fármacos utilizados para inmunorregulación. En: Goodman Gilman A. *Las bases farmacológicas de la terapéutica vol.2.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2003. p. 1493-6.

7. Chrousos G. Adrenocorticoesteroides. En: Katzung GB. Farmacología básica y clínica. México: Manual Moderno; 2002. p. 743-61.
8. West J. Obstructive diseases. In: Pulmonary pathophysiology. 6<sup>ta</sup>.ed. Philadelphia: Lippincott Williams Wilkins; 2003. p. 51-80.

Recibido: 29 de noviembre de 2007

Aprobado: 10 de enero de 2008