



19º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica



Trabalhos Científicos

Título: Transmissão Vertical Do Hiv: Relato De 2 Casos De Resistência Transmitida

Autores: BRUNO DE MELO TAVARES; MATHEUS ALVES DE LIMA MOTA; ÉRICO ANTÔNIO GOMES DE ARRUDA; GLÁUCIA MARIA LIMA FERREIRA;

Resumo: INTRODUÇÃO: Resistência do HIV aos antirretrovirais (ARVs) decorre do uso irregular ou geração espontânea de vírus resistente sem pressão seletiva de ARVs, sendo este mecanismo mais raro. Atualmente, quase meio milhão de crianças são infectadas anualmente pelo HIV, sendo transmissão vertical a principal via de infecção em menores de 13 anos. No Brasil, desde 2000 até junho/2015, foram notificados 92.210 gestantes infectadas. CASO 1: Criança, feminina, 1 ano e 9 meses, natural e procedente de Fortaleza-CE, apresentando quadro consumptivo, monilíase oral, diarreia crônica e pneumonias de repetição. Mãe realizou pré-natal adequado, apresentando sorologias para HIV e teste rápido durante período de parto negativos, não tendo, portanto, usado ARVs ou contraindicado amamentação. Diante da sintomatologia, realizou-se carga viral evidenciando 42.322 cópias/ μ L. Após diagnóstico, foi solicitado genotipagem e iniciado terapia antirretroviral com Zidovudina, Lamivudina, Lopinavir/ritonavir devido à gravidade clínica. Genotipagem evidenciou mutação K103N, V179T, conferindo resistência aos inibidores de transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos (ITRNN) de primeira geração Efavirez e Nevirapina sem resistência aos inibidores de protease. CASO 2: Criança, feminina, 10 anos, procedente de zona rural do Ceará, acompanhada desde 2007, nascida de parto vaginal não sendo exposta intra-útero ou no período perinatal aos ARVs. Seguiu sem critério clínico, virológico ou imunológico para tratamento até abril/2016 quando em consulta de rotina evidenciou CD4 de 225 células/ μ L. Solicitada genotipagem pré-tratamento e prescrito Zidovudina, Lamivudina e Efavirez bem como profilaxia para Pneumocistose. Em julho/2016 genotipagem evidenciou mutação K103N, conferindo resistência aos ITRNN de primeira geração, sendo trocado Efavirez por Lopinavir/ritonavir. A história clínica sem uso de ARVs pela mãe nem profilaxia do neonato, sugerem resistência transmitida. COMENTÁRIOS: Na transmissão vertical do HIV, caso nenhuma medida seja adotada, cinco a dez por cento das crianças sob risco adquirem a infecção ainda no período uterino, dez a vinte por cento durante o período periparto e cinco a vinte por cento durante aleitamento materno. No Brasil, adota-se, como medida para reduzir taxa de transmissão vertical, realização de exame de genotipagem nas gestantes, tratamento adequado da gestante HIV, uso de zidovudina endovenosa durante o trabalho de parto e zidovudina xarope para o neonato e, em casos específicos, três doses de nevirapina para o recém-nascido. Em casos de infecção aguda durante o período gestacional por vírus resistentes, observa-se carga viral menor ao nascimento, porém persistência duradoura de vírus resistentes, explicando a detecção de mutações relacionadas aos ITRNN após um ano e nove meses do nascimento em um dos casos relatados sem estar sob efeito de pressão seletiva de antirretroviral. No outro caso, a existência da mutação em exame realizado quando a paciente tinha 10 anos sugere persistência do clone do vírus que a infectou inicialmente. O encontro de mutações para ITRNN é o perfil epidemiológico mais frequentemente encontrado nos casos de resistência transmitida. Diante disso, é necessário reforçar a importância da genotipagem nas gestantes e nas crianças pré-tratamento, pois resistência transmitida pode comprometer as opções terapêuticas, e informar as mães que, mesmo com testes negativos no período do parto, é necessário uso de preservativos durante amamentação.