

## Temas al día

# Mujer senegalesa con diagnóstico de VIH durante la gestación

José María García-de Lomas, José Luis Prada, Alfonso del Arco, Julián Olalla, Javier de la Torre-Lima  
Grupo de Enfermedades Infecciosas de la Unidad de Medicina Interna. Hospital Costa del Sol. Marbella (Málaga). España

Recibido: 27/07/2019  
Aceptado: 27/07/2019  
En línea: 31/08/2019

**Citar como:** García-de Lomas JM, Prada JL, Del Arco A, Olalla J, De la Torre-Lima J. Mujer senegalesa con diagnóstico de VIH durante la gestación. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 96-98. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a19.

**Cite this as:** García-de Lomas JM, Prada JL, Del Arco A, Olalla J, De la Torre-Lima J. Senegalese woman diagnosed with HIV during pregnancy. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2019 (Ago); 4(2): 96-98. doi: 10.32818/reccmi.a4n2a19.

Autor para correspondencia: José María García-de Lomas. [gadej@hcs.es](mailto:gadej@hcs.es)

### Palabras clave

- ▷ VIH
- ▷ Sífilis
- ▷ Embarazo

### Resumen

Se presenta el caso de una mujer de 23 años procedente de Senegal gestante de 26 semanas. Llegada recientemente al país sin realizar seguimiento médico de su embarazo. Consulta por una ulceración en los genitales externos de reciente aparición. Durante la evolución, se diagnostica de sífilis primaria e infección por VIH. Se repasan las características más importantes a tener en cuenta en estas patologías en relación con el embarazo, como son el manejo clínico de las mismas, el tratamiento antirretroviral y el manejo del neonato.

### Keywords

- ▷ HIV
- ▷ Syphilis
- ▷ Pregnancy

### Abstract

*We present the case of a 23 years old woman from Senegal with a 26 weeks pregnancy. Recently arrived in the country without medical follow-up of her pregnancy. She consults due to the presence of an ulceration in the external genitalia that had appear recently. During the evolution of the disease, it is diagnosed with primary syphilis and HIV infection. We review the most important characteristics to be known in these pathologies in relation to pregnancy, such as their clinical management, antiretroviral treatment and the management with the newborn.*

### Puntos destacados

- ▷ Toda paciente debería conocer su estado serológico en el momento del parto.
- ▷ El parto por vía vaginal aumenta la probabilidad de transmisión vertical con respecto a la cesárea.
- ▷ El tratamiento intraparto con AZT intravenosa está indicado en mujeres con CV VIH > 1.000 copias o desconocida en el momento del parto, con independencia del TAR previo.

guimiento; bien sea por mala adherencia de las pacientes a los programas, o por ser una persona migrante. Este colectivo es de especial importancia cuando acuden de países con una elevada prevalencia de infección por VIH. Además, las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la sífilis, están aumentando su prevalencia, y en su diagnóstico siempre debe cuestionarse la posibilidad de otras enfermedades concomitantes con el mismo mecanismo de transmisión.

## Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) tiene una gran repercusión sobre la reproducción, desde el momento de la concepción por el riesgo de transmisión sexual, hasta la posible infección del niño y su necesidad de tratamiento antirretroviral (TAR). Una correcta identificación de la mujer infectada puede evitar la transmisión maternofetal.

Actualmente existe la oferta universal de la prueba de detección del VIH a todas las mujeres gestantes en el Sistema Nacional de Salud español. No obstante, siguen existiendo mujeres que no están incluidas en este se-

## Caso clínico

Se expone el caso de una mujer de 23 años, que había llegado a nuestra zona hospitalaria procedente de Senegal hacía 2 semanas. La paciente no refería alergias a medicamentos conocidas ni antecedentes de interés, salvo un aborto previo hacía 2 años. No fumaba ni refería hábitos tóxicos, estaba casada y sólo mantenía relaciones sexuales con su pareja. La paciente estaba embarazada de 26 semanas de gestación y no había recibido seguimiento médico en su país por este motivo. Consulta en Urgencias por la presencia de una lesión genital de menos de una semana de evolución. No refería dolor ni fiebre ni otros síntomas.

En la exploración inicial presentaba una úlcera ubicada en genitales externos de 1,5 cm de diámetro, de bordes indurados, no dolorosa. No se palpaban adenopatías inguinales ni se describían lesiones cutáneas incluidas palmas y plantas.

Se realizó una ecografía fetal donde se observa un desarrollo correcto para la edad gestacional sin malformaciones, con placenta normoinserta. No se observaron megalias en el feto, ni polihidramnios, ni ascitis.

Ante la sospecha de un chancro sifilítico, se obtiene una analítica que muestra hemograma normal, función renal normal, sin alteraciones de las transaminasas, ni iónicas, niveles de glucemia normales y una prueba de ELISA positiva para *Treponema pallidum*, RPR 1/128, TPHA ½.560. El ELISA para VIH-1 fue positivo, confirmado por Western-Blot.

Se diagnostica infección por VIH-1 y sífilis primaria y se realiza tratamiento con penicilina G benzatina 2,4 millones de UI intramusculares en dosis única. Se extrae una nueva analítica que muestra un recuento de CD4 236 cc/mm<sup>3</sup>, pendiente de los resultados para la carga viral (CV) VIH y HLA-B\*5701. Se inició tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato coformulado con emtricitabina y raltegravir.

A las 4 semanas (30 semanas de gestación), la paciente ha tolerado el tratamiento, no presenta complicaciones ginecológicas y los resultados de la CV VIH previa eran de 15.984 copias/ml, y el HLA-B\*5701 era negativo. Se extrae nueva analítica con CD4 y CV VIH y se decide nueva revisión en 1 mes.

A las 3 semanas, la paciente acude a Urgencias con trabajo de parto. En la analítica de 3 semanas antes presentaba CD4 324 cc/mm<sup>3</sup> y no está aún disponible la CV VIH. Se administra tratamiento intravenoso con zidovudina a la paciente, y se decide la realización de una cesárea, que no presenta complicaciones, con un neonato de 2,9 kg de peso.

Al neonato se le extrajo sangre para prueba de PCR ARN VIH y se le inició tratamiento con zidovudina, lamivudina y nevirapina. El neonato no presentaba alteraciones hematológicas, ni neurológicas, ni cutáneas, ni musculoesqueléticas sugerentes de sífilis. Tenía unos títulos de RPR 1/128 y se administró 150.000 UI intramusculares de penicilina G benzatina.

La prueba del primer día de vida para VIH fue negativa, por lo que a las 4 semanas se suspendió el tratamiento antirretroviral y las 6 semanas de vida volvió a ser negativa. Un nuevo control a los 4 meses de vida descartó la transmisión del virus.

## Discusión

El diagnóstico de infección por VIH durante el embarazo es de suma importancia para evitar la transmisión vertical. Toda paciente debería conocer su estado serológico en el momento del parto, y en aquellas que tengan la infección se deben poner los medios para evitar la transmisión al neonato.

Con respecto al momento del diagnóstico existen varios escenarios, bien que la paciente conozca el diagnóstico de VIH previamente, o que se diagnostique durante la gestación y esto puede darse precozmente o al final del embarazo (lo que implica un manejo diferente). En cualquier caso, el objetivo es buscar la indetectabilidad de la CV VIH, evitando el uso de antirretrovirales potencialmente teratogénos.

Los inhibidores de análogos como abacavir, lamivudina o emtricitabina tienen buen paso placentario, no son teratogénos, hay experiencia con ellos y

no requieren ajuste de dosis. Tenofovir disoproxil fumarato es seguro y hay experiencia, pero tenofovir alafenamida no está recomendado por falta de datos<sup>1</sup>.

Con respecto al tercer fármaco antirretroviral, se pueden usar inhibidores de la proteasa potenciados (atazanavir o darunavir) o inhibidores de la integrasa (raltegravir).

Existe mucha experiencia con los inhibidores de la proteasa y se han demostrado altamente eficaces en la disminución de la transmisión vertical<sup>2</sup>. Cuando se administran, deben ir potenciados con ritonavir, dado que no existe experiencia suficiente con cobicistat para recomendar su uso y darunavir debe utilizarse a dosis de 600 mg 2 veces al día.

Los inhibidores de la integrasa son los más usados debido a que disminuyen la carga viral más rápido y ello supone una ventaja en mujeres que son diagnosticadas de VIH con el embarazo avanzado. Raltegravir es el fármaco con más experiencia y seguridad en este escenario. La **Tabla 1** muestra las recomendaciones de tratamiento antirretroviral para mujeres gestantes, con las pautas preferentes de TAR<sup>3</sup>.

Análogos de nucleósidos preferentes	
<b>ABC/3TC</b>	Sólo en pacientes con HLA-B*5701 negativo. Administración QD. ABC/3TC con ATV/r no se recomienda de inicio con ARN VIH > 100.000 copias/ml. Buen paso placentario de ambos fármacos
<b>TDF/FTC o TDF/3TC</b>	TDF/FTC (coformulado) o TDF con 3TC administración QD. Buen paso placentario de ambos fármacos. TDF potencial alteración de la mineralización ósea en el recién nacido. Pauta indicada si existe infección con VHB
Pautas de inhibidores de proteasa preferentes	
<b>ATV/r + 2 ITIAN</b>	ATV/r: mínimo paso placentario. Administración QD. Gran experiencia en gestación. Hiperbilirrubinemia materna; se recomienda vigilancia de la bilirrubina neonatal. En pacientes pretratadas asociado con TDF, se recomienda la utilización de una dosis de 400/100 mg
<b>DRV/r + 2 ITIAN</b>	DRV/r: mínimo paso placentario. Experiencia de uso en gestación con 2 ITIAN. Datos PK disponibles: debe usarse a dosis 600/100 BID durante el embarazo
Pautas preferentes con inhibidores de integrasa	
<b>RAL + 2 ITIAN</b>	RAL: buen paso placentario. Datos disponibles de PK en gestación. Experiencia de uso. Rápida caída de la carga viral (potencial ventaja en mujeres que se presentan para tratamiento en etapas avanzadas de la gestación). Administración RAL 400 BID
Los fármacos o combinaciones de fármacos se designan como preferentes para tratamiento de la mujer gestante cuando:	
a) Los ensayos clínicos en adultos demuestran eficacia, durabilidad con aceptable perfil de toxicidad	
b) Haya datos farmacocinéticos que avalen su uso en gestación, no se asocien a efectos teratogénos en estudios animales y/o en humanos	
c) No se hayan comunicado efectos adversos clínicamente significativos en madres, fetos o recién nacidos	
d) Además debe tratarse de fármacos o combinaciones de fármacos fáciles de tomar y tolerar	

**Tabla 1.** Recomendaciones de tratamiento antirretroviral para mujeres gestantes. Pautas preferentes de TAR (ATV/r: atazanavir/ritonavir; BID: dos veces al día; DRV/r: darunavir/ritonavir; FTC: emtricitabina; ITIAN: inhibidor de transcriptasa inversa análogo de nucleósido; PK: farmacocinética; QD: una vez al día; RAL: raltegravir; TDF: tenofovir disoproxil fumarato; VHB: virus hepatitis B; 3TC: lamivudina)<sup>3</sup>

El riesgo de transmisión se da principalmente en el momento del parto, siendo el principal factor de riesgo la presencia de CV VIH elevada. El parto por vía vaginal aumenta la probabilidad de transmisión vertical con respecto a la cesárea. Por este motivo se recomienda la cesárea en pacientes en las que no se puede garantizar que la carga viral sea inferior a 1.000 copias/ml y considerarla entre 50-1.000 copias/ml. Igualmente, el tratamiento intraparto con AZT i.v. está indicado en mujeres con CV VIH > 1.000 copias o desconocida en el momento del parto, con independencia del TAR que hubiese llevado previamente la paciente y debe considerarse en mujeres con CV VIH < 1.000 copias/ml, pero detectable en el momento del parto. En aquellos casos en los que exista un riesgo importante de transmisión vertical de VIH debe iniciarse la triple terapia en el recién nacido, sobre todo, en madres sin TAR durante el embarazo y parto y/o CV > 50 copias/ml a pesar de recibirlo<sup>1-3</sup>.

La sífilis, en caso de no detectarla ni tratarla, puede ser potencialmente grave para el feto. La evolución de la enfermedad y su diagnóstico es igual que en la mujer no embarazada.

El tratamiento con penicilina es efectivo para tratar la infección materna, evitar la transmisión y tratar al feto. En caso de que la infección se haya tratado recientemente o el neonato continúe teniendo test reargínicos positivos se recomienda tratamiento<sup>4</sup>.

## Bibliografía

1. BHIVA guidelines on the management of HIV in pregnancy and postpartum 2018 (2019 interim update) [Internet] [citado 23 de julio de 2019]. Disponible en: <https://www.bhiva.org/pregnancy-guidelines> (último acceso 27 de julio de 2019).
2. Panel on treatment of pregnant women with HIV infection and prevention of perinatal transmission. Recommendations for use of antiretroviral drugs in transmission in the United States. Disponible en: <https://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/lvguidelines/PerinatalGL.pdf> (último acceso 27 de julio de 2019).
3. Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el VIH en relación con la reproducción, embarazo, parto y profilaxis de la transmisión vertical del niño expuesto–Gesida [Internet] [citado 23 de julio de 2019]. Disponible en: <http://gesida-seimc.org/documento-de-consenso-para-el-seguimiento-de-la-infeccion-por-el-vih-en-relacion-con-la-reproduccion-embarazo-parto-y-profilaxis-de-la-transmision-vertical-del-nino-expuesto/>
4. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. *MMWR Recomm Rep.* 2015; 64(RR-03): 1-137.