



Unitat de Patologia Infecciosa i Immunodeficiències de Pediatria.  
Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

**PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL RN DE MADRE CON  
SEROLOGÍA POSITIVA PARA HTLV I-II**

**UNIDAD DE PATOLOGÍA INFECCIOSA E INMUNODEFICIENCIAS DE  
PEDIATRÍA**

**HUVH. BARCELONA. DICIEMBRE 2010.**

## **INTRODUCCIÓN**

El virus HTLV-I (Human T-cell Lymphotropic Virus-I) es endémico en América (Central, Sur y Caribe), África subsahariana y algunas zonas de Asia, y se estima que de 10 a 20 millones de personas están infectadas en todo el mundo.

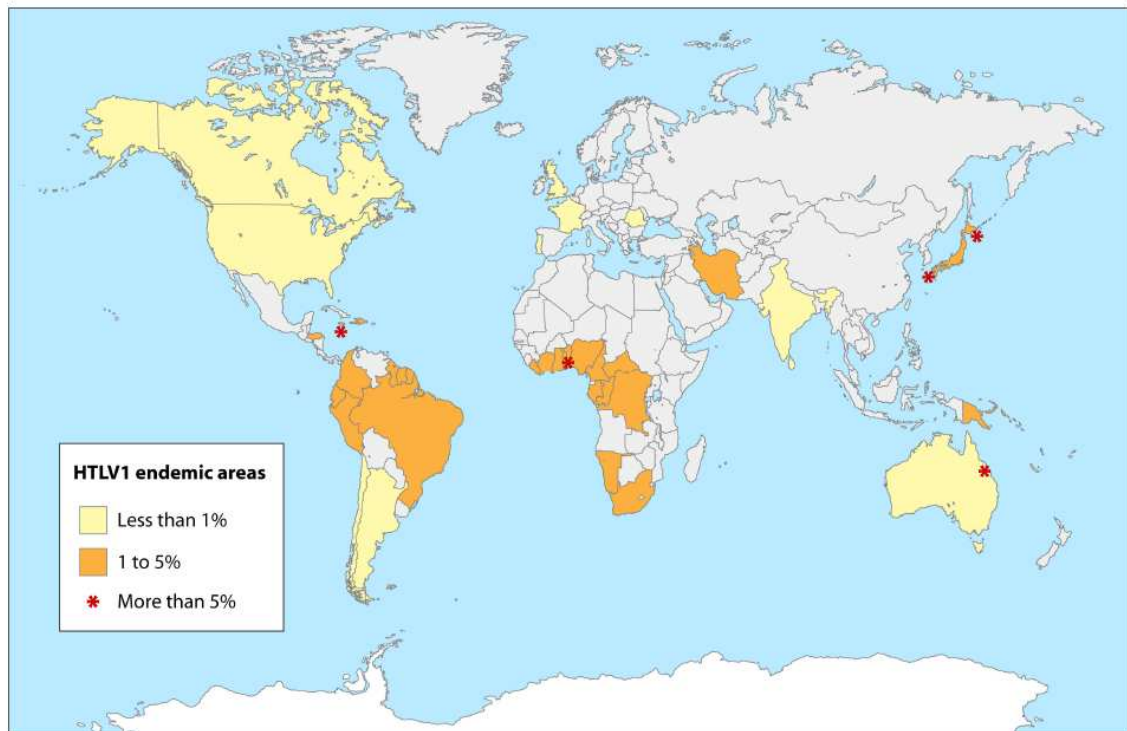


FIG. 1. Geographic distribution of HTLV-1 in countries where the disease is endemic. The stars emphasize high-prevalence areas. The country boundaries shown in the map are not coincidental with the areas of endemicity, reflecting the cluster nature of HTLV infection. (Adapted from reference 84.)

### **Vías de transmisión:**

- Vertical por **lactancia materna**
- Hemoderivados
- Trasplante de órganos
- Contacto heterosexual

## **Clínica de la infección por HTLV-I**

La infección es asintomática en el 90-95% de los casos y tan sólo en el 5-10% produce enfermedad después de un periodo prolongado de tiempo, usualmente años. Las enfermedades asociadas son la **paraparesia espástica tropical** y la **leucemia/linfoma de células T del adulto**, aunque el linfoma cutáneo de células T, otros síndromes inflamatorios como uveítis, artritis, polimiositis y tiroiditis, y complicaciones infecciosas como el síndrome de hiperinfestación por *Strongyloides stercoralis*, escabiosis, tuberculosis, lepra y dermatitis infecciosa se han asociado a la infección por HTLV-I.

Los pacientes infectados por vía vertical desarrollan con más frecuencia leucemia/linfoma de células T del adulto que los pacientes que adquieren la infección en la edad adulta, y éstos tienen a su vez más riesgo de desarrollar paraparesia espástica tropical.

**Posible desarrollo con el tiempo de leucemia/linfoma de células T del adulto y paraparesia espástica tropical**

## **TRANSMISIÓN VERTICAL DE HTLV I-II**

### **Profilaxis de la transmisión vertical**

La intervención profiláctica en el recién nacido que disminuye la probabilidad de transmisión es la **contraindicación de la lactancia materna**.

### **Importancia de la detección precoz en la gestante infectada:**

= CONTROLAR LA TRANSMISIÓN VERTICAL. Para ello es necesario:

- Captar precozmente a la gestante portadora de infección.
- Realizar seguimiento serológico de todo niño hijo de madre portadora de la infección durante el primer año de vida (hasta confirmar la seronegativización y descartar la infección).

### **Infección en el RN:**

La infección por HTLV connatal es **asintomática** en la mayoría de los casos.

### **Tratamiento:**

No existe tratamiento específico para esta infección; sólo tratamiento sintomático de las complicaciones que se presenten.

## **PROTOCOLO DE SEGUIMIENTO DEL HIJO DE MADRE**

### **INFECTADA POR HTLV**

- 1) Identificación serológica madre gestante: determinación de anticuerpos IgG e IgM mediante ELISA y confirmación con inmunoensayo en línea.
- 2) Investigación en el recién nacido: detección directa del provirus en células periféricas por técnica de PCR (+ serologías para objetivar el descenso progresivo en el caso de no estar infectado).



Si PCR negativa:



se debe confirmar la negativización de anticuerpos > 8-9 m de vida. Si el resultado es negativo, se dará de alta al paciente al descartarse la infección

Si PCR positiva:



se confirma la infección por HTLV y se realizará el seguimiento periódico del paciente

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Verdonck K, Gonzalez E, Van Dooren S, Vandamme AM, Vanhorn G, Gotuzzo E. Human T-lymphotropic virus 1: recent knowledge about an ancient infection. *Lancet Infect Dis.* 2007;7:266-81.
- Manns A, Wilks RJ, Murphy EL, et al. A prospective study of transmission by transfusion of HTLV-I and risk factors associated with seroconversion. *Int J Cancer.* 1999;51:886–91.
- Biggar RJ, et al. Human Leukocyte Antigen Concordance and the transmission risk via breast-feeding of human T cell lymphotropic virus type I. *J Infect Dis.* 2006;193:277-82.
- Ureta-Vidal A, et al. Mother-to-child transmission of human T-cell-leukemia/lymphoma virus type I: implication of high antiviral antibody titer and high proviral load in carrier mothers. *Int J Cancer.* 1999;82:832-836.
- Tsuji Y, Doi H, Yamabe T, Ishimaru T, Miyamoto T, Hino S. Prevention of mother-to-child transmission of human T-lymphotropic virus type-I. *Pediatrics.* 1990;86:11–17.
- Nyambi PN, Ville Y, Louwagie J, et al. Mother-to-child transmission of human T-cell lymphotropic virus types I and II (HTLV-I/II) in Gabon: a prospective follow-up of 4 years. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1996;12:187–92.