



CASO CLÍNICO

Déficit congénito de proteína de surfactante: caso clínico



María Beatriz Milet^{a,c}, Patricia Mena N.^{a,b,*}, Héctor I. Pérez^{a,b} y Tatiana Espinoza^d

^a Servicio de Neonatología, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

^b Departamento de Pediatría, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

^c Unidad de Neonatología, Clínica Alemana, Santiago, Chile

^d Unidad de Broncopulmonar, Hospital Sótero del Río, Santiago, Chile

Recibido el 1 de septiembre de 2015; aceptado el 11 de enero de 2016

Disponible en Internet el 23 de febrero de 2016

PALABRAS CLAVE

Déficit congénito de proteína de surfactante;
Recién nacido;
Neumonitis intersticial

KEYWORDS

Congenital deficiency of surfactant protein B;
Newborn;
Interstitial pneumonitis

Resumen

Introducción: El déficit congénito de surfactante es una entidad de diagnóstico inhabitual en recién nacidos. Se reporta un caso clínico de déficit de proteína B del surfactante, se revisa el estudio, tratamiento y diagnóstico diferencial de los déficit de proteínas del surfactante y enfermedad crónica intersticial de la infancia.

Caso clínico: Recién nacido de término que cursa dificultad respiratoria, con velamiento pulmonar recurrente y respuesta transitoria a administración de surfactante. El estudio inmunohistoquímico y genético confirmaron diagnóstico de déficit de proteína B de surfactante.

Conclusiones: La enfermedad pulmonar congénita requiere un alto índice de sospecha. El déficit de proteína B de surfactante genera un cuadro clínico progresivo y mortal en la mayoría de los casos, al igual que el déficit de transportador ATP *binding cassette, sub-family A member 3* (ABCA3). El déficit de proteína C es insidioso y puede presentarse con un patrón radiológico pulmonar intersticial. Debido a la similitud en el patrón histológico, el estudio genético permite una mayor certeza en el pronóstico y la posibilidad de entregar un adecuado consejo genético.

© 2016 Sociedad Chilena de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Deficiency of surfactant protein: Case report

Abstract

Introduction: Congenital surfactant deficiency is a condition infrequently diagnosed in newborns. A clinical case is presented of surfactant protein B deficiency. A review is performed on the study, treatment and differential diagnosis of surfactant protein deficiencies and infant chronic interstitial lung disease.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mena.n.patricia@gmail.com (P. Mena N.).

Case report: The case is presented of a term newborn that developed respiratory distress, recurrent pulmonary opacification, and a transient response to the administration of surfactant. Immunohistochemical and genetic studies confirmed the diagnosis of surfactant protein B deficiency.

Conclusions: Pulmonary congenital anomalies require a high index of suspicion. Surfactant protein B deficiency is clinically progressive and fatal in the majority of the cases, similar to that of ATP binding cassette subfamily A member 3 (ABCA3) deficiency. Protein C deficiency is insidious and may present with a radiological pulmonary interstitial pattern. Due to the similarity in the histological pattern, genetic studies help to achieve greater certainty in the prognosis and the possibility of providing adequate genetic counselling.

© 2016 Sociedad Chilena de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El surfactante pulmonar es un complejo molecular localizado en la interfase aire-líquido del pulmón. Está compuesto por lípidos, en su mayoría fosfolípidos, y en un 2–3% por proteínas específicas denominadas proteínas A, B, C y D («surfactant protein» SP-A, SP-B, SP-C y SP-D). SP-B y SP-C son proteínas hidrofóbicas, sintetizadas por neumocitos tipo II, que disminuyen la tensión superficial y el colapso alveolar. La *ATP binding cassette, sub-family A, member 3* (ABCA3) es una proteína encargada del transporte de fosfolípidos y proteínas del surfactante transmembrana desde el citosol hacia los cuerpos lamelares, organelos intracelulares encargados de almacenar lípidos y proteínas del surfactante¹, con control génico independiente de la producción de proteínas.

El déficit congénito de surfactante es una enfermedad respiratoria muy poco frecuente, que no se considera dentro del diagnóstico diferencial inicial del síndrome de distrés respiratorio del recién nacido. La evolución respiratoria es muy variable, dependiendo de la proteína afectada. Esta puede presentarse como un cuadro respiratorio grave, progresivo, con una elevada mortalidad a corto plazo; o puede mostrar un inicio insidioso, lentamente progresivo. El objetivo es mostrar un caso clínico y revisar el estudio diagnóstico y el eventual tratamiento.

Caso clínico

Recién nacido de término de 37 semanas, pequeño para la edad gestacional. Padres consanguíneos, sin antecedentes mórbidos personales. Madre primigesta, cesárea electiva a las 37 semanas. Nació con APGAR 8-9. Rápidamente evolucionó con dificultad respiratoria; radiografía de tórax con patrón con vidrio esmerilado y broncograma aéreo a las 2 h de vida. Se administró una dosis de surfactante, con buena respuesta inicial. Deterioro respiratorio a las 12 y 24 h, que requirió 3 dosis de surfactante. Se trasladó a centro con ventilación de alta frecuencia oscilatoria (VAFO) y óxido nítrico (ONi). Ingresó a las 30 h de vida con parámetros ventilatorios altos 30/5 FiO₂ 100% para saturar 84%. Se conectó a VAFO y recibió surfactante y ONi. Radiografía de tórax con imagen de vidrio esmerilado desde su ingreso. A los 7 días de vida se controlaron las imágenes (fig. 1) y se inició sildenafil.

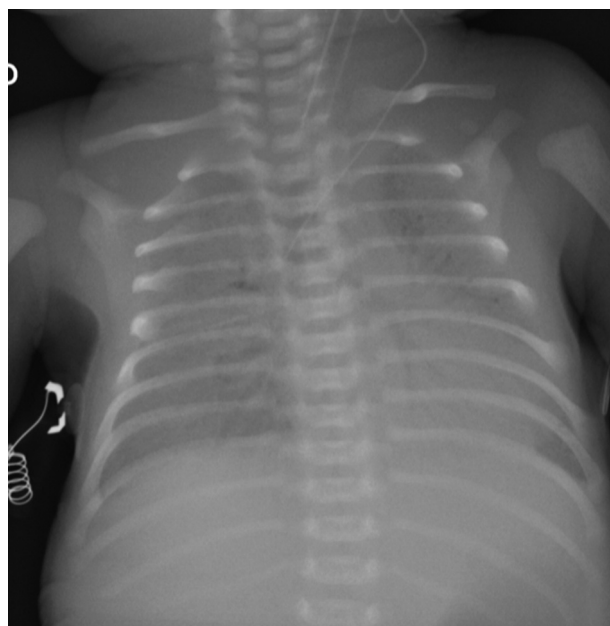


Figura 1 Radiografía de tórax a los 7 días con velamiento difuso y broncograma aéreo. Paciente con ventilación de alta frecuencia oscilatoria y óxido nítrico inhalado.

A los 18 días de vida se logró suspender ONi. Sin elementos de infección bacteriana, aunque se cubre con antibióticos, se descartó citomegalovirus y *Pneumocystis jirovesi*. Recibió corticoides sin mejoría clínica ni posibilidad de retiro de VAFO. Dada la evolución clínica con imágenes persistentes de membrana hialina (fig. 2), consanguinidad, se planteó déficit de proteína B del surfactante y se realizó biopsia pulmonar a los 21 días. Histología compatible con déficit de surfactante, con fibrosis e infiltrado mononuclear con epitelio alveolar constituido principalmente por neumocitos tipo II sin membranas. La histoquímica confirmó déficit de proteína B del surfactante. No se realizó microscopía electrónica. Se envió muestra de sangre en papel filtro a la Universidad de Washington, confirmándose homocigoto para nueva mutación de déficit de SP-B. Se presentó a Comité de Ética, considerando un diagnóstico certero de mal pronóstico y sin posibilidad terapéutica, se consultó a especialistas

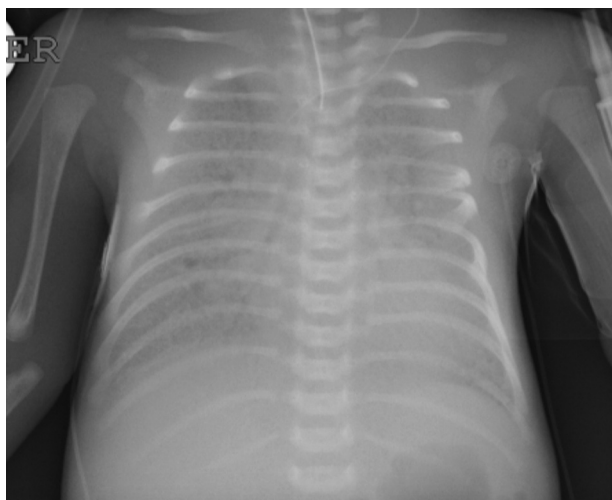


Figura 2 Radiografía de tórax a los 19 días con velamiento difuso y broncograma aéreo. Paciente con ventilación de alta frecuencia oscilatoria.

de centros internacionales acreditados. Presentó deterioro respiratorio progresivo y falleció a los 56 días. Se envió a los padres a consejo genético.

Discusión

Si bien en la literatura el déficit de surfactante se describe como poco frecuente, en la medida en que es estudiado ha aumentado su prevalencia. Incluso existe un reporte previo en nuestro país². Este debe sospecharse en recién nacidos con una presentación clínica de enfermedad de membrana hialina que recurre en el tiempo a pesar del aporte de surfactante, y en cuadros respiratorios crónicamente progresivos en que se descartan causas infecciosas habituales y ciertas enfermedades pulmonares.

Descartados displasia broncopulmonar, fibrosis quística, infecciones recurrentes, cardiopatía con obstrucción del retorno venoso, frente a un cuadro respiratorio crónico debe considerarse el grupo de enfermedades definidas como enfermedad intersticial crónica de la infancia (CHILD de *children's interstitial lung disease*), que incluye anomalías del surfactante, hiperplasia celular neuroendocrina de la infancia, displasia alvéolo capilar asociada con malalineamiento de venas pulmonares y enfermedad pulmonar intersticial por glucogenosis, entre otros³. En el recién nacido o lactante menor de inicio neonatal con enfermedad crónica debe estudiarse la enfermedad genética de síntesis y transporte de proteínas de surfactante^{3,4}.

El análisis inmunohistoquímico de SP-B y el estudio genético permitieron realizar un diagnóstico certero. El enfrentamiento clínico difiere por el conocimiento etiológico de la enfermedad respiratoria y por el tipo de proteína afectada, ya que la ausencia de SP-B es letal. Desde el punto de vista ético-legal, es una situación muy compleja, sobre todo para la familia, que observa un niño bien formado y con reactividad normal, por lo que es muy difícil aceptar la falta de alternativa terapéutica actual.

El déficit de SP-B es el más frecuente. Sin embargo, existe también el déficit de SP-C, ABCA3 y factor de

transcripción tiroideo, cada uno con diferente presentación clínica y pronóstico⁵. Para el diagnóstico de esta enfermedad puede realizarse tomografía axial computada, biopsia pulmonar y estudio genético⁵.

La mayoría de los déficit de SP-B se heredan en forma autosómica recesiva^{4,5}. La incidencia es de 1/1.000 individuos⁶. La SP-B está localizada en el cromosoma 2, la mutación más frecuente es 121ins2, que resulta en la ausencia de proteínas proSP-B y SP-B^{4,5,7}. Evolucionan desde el nacimiento con distrés respiratorio grave y progresivo. En la mayoría resulta rápidamente fatal en días o meses, sobre todo si la expresión del déficit de SP-B es completa^{4,7}. La frecuencia de alelos, genotipos y polimorfismos puede variar entre diferentes grupos étnicos. Su estudio puede ayudar a comprender el riesgo individual (y étnico) de presentar déficit congénito de surfactante⁸.

El déficit de SP-C está relacionado con distrés respiratorio en el recién nacido y con enfermedad pulmonar intersticial en niños mayores⁹. Los síntomas respiratorios asociados a mutaciones del SP-C usualmente comienzan los primeros meses de vida. Mutaciones del SP-C han sido reportadas no solamente en recién nacidos con distrés respiratorio agudo grave, sino también en niños, e incluso adultos con enfermedad pulmonar intersticial. La mutación más prevalente es I73T (c.218 T > C)⁹. La presencia de tos, polipnea y decaimiento asociada a un patrón en vidrio esmerilado bilateral en TAC de pulmón apoya la realización de lavado broncoalveolar y estudio genético para SP-C. El pronóstico a largo plazo es variable; puede incluso suspenderse el aporte de oxígeno suplementario⁹.

Por otra parte, los genes que codifican para ABCA3 son críticos en la formación de cuerpos lamelares en los neumocitos tipo II^{5,10}. El gen ABCA3 codifica para una proteína de alta expresión a nivel pulmonar que está involucrada en el transporte de fosfolípidos de los cuerpos lamelares¹¹. El déficit de ABCA3 produce una acumulación de lípidos, proteínas y macrófagos en el espacio alveolar con engrosamiento epitelial. En algunos casos, la variante ABCA3 puede resultar en enfermedad respiratoria de curso más insidioso¹¹. Sin embargo, generalmente, está asociado a una alteración severa y altamente letal de la producción de surfactante del neumocito tipo II^{10,11}. En los casos severos se ha reportado en asociación a alteraciones del procesamiento de SP-B y SP-C^{12,13}.

Respecto al diagnóstico, la biopsia pulmonar lo orienta, aunque tiene limitaciones dado que existe similitud en el patrón histológico de varias entidades con igual presentación clínica. En la deficiencia de ABCA3, de SP-C y del factor de transcripción tiroideo los hallazgos histopatológicos pulmonares primarios son inespecíficos y están caracterizados por hiperplasia celular alveolar de neumocitos tipo II, engrosamiento del intersticio y fibrosis¹⁰. La inmunohistoquímica para SP-B y el análisis ultraestructural de los cuerpos lamelares tienen un rol para determinar el déficit de SP-B y ABCA-3, respectivamente¹.

La manera más específica para obtener un diagnóstico etiológico es el estudio genético de mutaciones. El consejo genético es importante, ya que las mutaciones de SP-C y del factor de transcripción tiroideo son dominantes y pueden aparecer espontáneamente¹⁰. El estudio genético antenatal de vellosidades coriales y líquido amniótico solo está disponible en laboratorios de investigación¹⁴.

El manejo médico es limitado, debido al déficit intrínseco de surfactante. El tratamiento con surfactante exógeno puede o no resultar en una mejoría clínica transitoria. Se ha reportado la futilidad de la administración de hasta 80 dosis de surfactante en la deficiencia SP-B¹⁴. El uso de hidroxiclo-roquina y corticoides en déficit de SP-C es controversial¹⁵. El trasplante de pulmón es, hasta el momento, la única alternativa terapéutica cuando la falla respiratoria es irreversible y progresiva. La sobrevida a 5 años en recién nacidos con déficit de SP-B, SP-C y ABCA3 en Estados Unidos es alrededor de 50%^{13,16}. El cuidado posterior al trasplante pulmonar requiere de inmunosupresión a largo plazo y un seguimiento cercano¹⁶. La mortalidad es principalmente secundaria a síndrome linfoproliferativo, a infecciones y a bronquiolitis obliterante, todas atribuidas al trasplante de pulmón¹⁴. La terapia génica se encuentra en investigación¹⁴. El desafío actual es efectuar un diagnóstico prenatal para lograr el traslado de estos pacientes a centros especializados antes del nacimiento¹⁶. Localmente es importante buscar la enfermedad crónica intersticial en aquellos pacientes de evolución atípica para los cuadros neonatales más conocidos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Agradecemos al Dr. Aaron Hamvas, de la Washington University y del St. Louis Children's Hospital por realizar el estudio genético del paciente.

Referencias

1. Wert SE, Whitsett JA, Nogee LM. Genetic disorders of surfactant dysfunction. *Pediatr Develop Pathol.* 2009;12:253–74.
2. Donoso A, Cruces P, Linares M. Caso clínico-radiológico para diagnóstico. *Rev Chil Pediatr.* 2006;77:392–4.
3. Pramanik AK, Rangaswamy N, Gates T. Neonatal respiratory distress: A practical approach to its diagnosis and management. *Pediatr Clin North Am.* 2015;62:453–69.
4. Hamvas A. Inherited surfactant protein-B deficiency and surfactant protein-C associated disease: Clinical features and evaluation. *Sem Perinatol.* 2006;30:316–26.
5. Whitsett JA, Wert SE, Xu Y. Genetic disorders of surfactant homeostasis. *Biol Neonate.* 2005;87:283–7.
6. Garmany TH, Wambach JA, Heins HB, et al. Population and disease-based prevalence of the common mutations associated with surfactant deficiency. *Pediatr Res.* 2008;63:645–9.
7. Nogee LM. Alterations in SP-B and SP-C expression in neonatal lung disease. *Ann Rev Physiol.* 2004;66:601–23.
8. Yin X, Meng F, Wang Y, Xie L, Kong X, Xeng Z. Surfactant protein B deficiency and gene mutations for neonatal respiratory distress syndrome in China Han ethnic population. *Int J Clin Exp Pathol.* 2013;6:267–72.
9. Thouvenin G, Taam RA, Flamein F, Jonard L, Mohsni A, Couderc R, et al. Characteristics of disorders associated with genetic mutations of surfactant protein C. *Arch Dis Child.* 2010;95:449–54.
10. Shulenin S, Nogee L, Annilo T, Wert S, Whitsett J, Dean M. ABCA3 gene mutations in newborns with fatal surfactant deficiency. *N Eng J Med.* 2004;350:1296–303.
11. Bullard JE, Wert SE, Nogee LM. ABCA3 deficiency: Neonatal respiratory failure and interstitial lung disease. *Sem Perinatol.* 2006;30:327–34.
12. Brasch F, Schimanski S, Mühlfeld C, Barlage S, Langmann T, Aslanidis C, et al. Alteration of the pulmonary surfactant system in full-term infants with hereditary ABCA3 deficiency. *Am J Respir Crit Care Med.* 2006;174:571–80.
13. Hamvas A, Cole FS, Nogee LM. Genetic disorders of surfactant proteins. *Neonatology.* 2007;91:311–7.
14. Kurath-Koller S, Resch B, Kraschl R, Windpassinger C, Eber E. Surfactant protein B deficiency caused by homozygous C248X mutation. A case report and review of the literature. *Am J Perinatol Rep.* 2015;05:e053–9.
15. Rabach I, Poli F, Zennaro F, Germani C, Ventura A, Barbi E. ¿Es eficaz el tratamiento con hidroxiclo-roquina en el déficit de proteína C surfactante? *Arch Bronconeumol.* 2013;49:213–5.
16. Albert F, Hamvas A. Lung transplantation for inherited disorders of surfactant metabolism. *Neoreviews.* 2008;9:e1–8.