

## CITOMEGALOVIRUS CONGÉNITO DE TÓRPIDA EVOLUCIÓN. LO INFRECLENTE TAMBIÉN ES POSIBLE.

S. Hernández Cáceres\*, A. Montesdeoca Melián, M. Mateos Durán, J. R. Castro Conde, R. Pérez Hernández.

Complejo Hospitalario Universitario de Canarias.

Camino de la Hornera nº 82, vivienda 2. CP 38205. San Cristóbal de La Laguna. Teléfono: 678031582. E-mail: sof\_1984@hotmail.com.

1) *Antecedentes*: el citomegalovirus (CMV) es la causa más frecuente de infección congénita en nuestro medio, aunque mayoritariamente es asintomática.

2) *Métodos*: presentamos el caso de una paciente con infección congénita sintomática por CMV con tórpida evolución.

3) *Resultados*: se trata de una recién nacida pretérmino (36 semanas, 2190g). Segunda gestación (un aborto espontáneo previo) de una madre sin antecedentes de interés. Embarazo controlado. Serología VIH de primer trimestre negativa. Rotura bolsa prolongada con penicilina intraparto. Cesárea urgente por sospecha de pérdida del bienestar fetal. Nace sin esfuerzo respiratorio y FC 80 lpm, se aspira líquido meconial de tráquea. Inicia llanto a los 30 segundos. Apgar 5/7. En la exploración física inicial presenta palidez cutánea, petequias/equimosis/nódulos violáceos en cara, espalda y extremidades. Sin signos de shock. Distrés respiratorio (Silverman 4). Auscultación cardiopulmonar normal. Hepatomegalia de 3 cm bajo reborde costal y esplenomegalia hasta cresta ilíaca. Hipoactividad e hipotonía generalizada grave. Pruebas complementarias: hemoglobina 9 g/dl, plaquetas 8000/mm<sup>3</sup>, fibrinógeno 100 mg/dl, INR 3 y tiempo protrombina 25 %, GOT 193 U/L, GPT 50U/L, proteína C reactiva 9,2 mg/l. Hipocalcemia e hiperfosforemia. Bioquímica LCR: normal. Ecografía transfontanelar: vasculopatía lenticuloestriada bilateral. Calcificaciones periventriculares (visualizadas también por resonancia magnética). Ecocardiografía: ligera disfunción ventricular izquierda. Fondo de ojo: normal. PCR de CMV en sangre: 7.424 copias/ml, en orina: 12.271.306 copias/ml, en LCR: negativa. CMV IgM negativa, IgG positiva. Hemocultivos negativos. Evolución: se inició ganciclovir desde el primer día de vida a dosis estándar, terapia de soporte de UCIN y múltiples transfusiones (plaquetas, plasma, hematíes). A pesar del tratamiento persiste la trombopenia profunda (< 10.000/mm<sup>3</sup> a pesar de transfusiones cada 24-36h), anemia con buena respuesta reticulocitaria (8-9 g/dl) y neutropenia de 700-1000/mm<sup>3</sup> (atribuible al ganciclovir). No hay sepsis nosocomial, ni otra causa aparente para la persistencia de la trombopenia. En el día + 15 se administra inmunoglobulina genérica en un intento de remontar las plaquetas. Antes de su administración se solicitó ELISA para VIH, que resultó positivo, con confirmatorio congruente en la paciente y su madre. Carga viral (CV) 8.737.783 copias/ml, Log CV: 6,94. CD4: 304/mm<sup>3</sup>. Dada la neutropenia profunda se inicia estimulante de colonias granulocíticas y terapia antirretroviral con abacavir, lamivudina y lopinavir/ritonavir (HLA-B\*0844).

4) *Conclusiones*: aunque infrecuente, una única serología para VIH en el embarazo no es suficiente para descartarlo (período ventana). La trombocitopenia mantenida en pacientes con CMV congénito tratados correctamente, obliga a descartar coinfecciones. Aunque el VIH de transmisión vertical es infrecuente en nuestro medio, no es imposible.