

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: AFECTACIÓN GASTROINTESTINAL SEVERA TRAS PRIMAINFECCION POR CITOMEGALOVIRUS EN NIÑOS INMUNOCOMPETENTES

Centro de trabajo: Hospital Universitario La Paz, Madrid

Autores: R. Hernández, L. Gutiérrez, A. Méndez-Echevarría, M. García Fernández de Villalta, E. Ramos, R. Hernández Marco.

Texto: INTRODUCCIÓN: La infección por citomegalovirus (CMV) ocasiona importante morbi-mortalidad en niños inmunodeprimidos. Sin embargo, el desarrollo de enfermedad grave en inmunocompetentes es excepcional, siendo la afectación gastrointestinal la forma de presentación más frecuente en estos casos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Describir tres casos de afectación gastrointestinal severa secundarios a infección adquirida por citomegalovirus en niños inmunocompetentes.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Lactante de 2 meses con fiebre, vómitos y diarrea mucosanguinolenta de 11 días de evolución, pérdida del 13% de peso y deshidratación severa. A pesar de instaurar fluidoterapia y nutrición a débito continuo persisten deposiciones y pérdida ponderal, sin corrección hidroelectrolítica, precisando nutrición parenteral 2 semanas. Coprocultivo: flora saprofita. Rotavirus, adenovirus y virus norwalk en heces: negativo. CMV en orina: positivo. Antigenemia CMV en sangre: Positiva, incontables copias. IgM CMV positiva, IgG negativa. CMV en leche materna: Negativo. Ante el fracaso intestinal y la elevada antigenemia se inicia tratamiento iv con ganciclovir durante 15 días, con mejoría clínica progresiva y negativización de la antigenemia.

Caso 2: Niño de cuatro años con edemas en párpados y en miembros inferiores de 4 días de evolución, sin otros síntomas. Proteínas totales y albúmina disminuidas (3.2g/dL y 1.5g/dL respectivamente). Función hepática y renal normales con proteinuria en orina de 24 horas negativa. Quimotripsina, elastasa fecal y Van de Kamer normales, parásitos en heces y coprocultivo negativos. Aclaramiento de α -1-antitripsina normal. Presenta ascitis y derrame pleural leve. En endoscopia alta se objetiva gastritis corporal y fúndica erosiva severa con infiltrado inflamatorio de características virales y PCR positiva para CMV en biopsia. Seroconversión para CMV durante su ingreso. Cultivo en orina positivo con PCR y antigenemia de CMV en sangre negativa. Evoluciona favorablemente con tratamiento sintomático (seroalbúmina y omeprazol), normalizándose los edemas y los niveles de albúmina tras 16 días de ingreso.

Caso 3: Niño de 2 años y 10 meses que comienza hace 10 días con cuadro de fiebre y vómitos, asociando progresivamente edema facial y de miembros con aumento del perímetro abdominal. Hemograma, coagulación y bioquímica con función renal y hepática sin alteraciones, salvo hipoproteinemia con hipoalbuminemia (3.4g/dL y 1.4g/dL respectivamente). Coprocultivo y parásitos en heces: negativo. Anticuerpos antigliadina y antitransglutaminasa negativos. α -1-antitripsina en heces discretamente aumentada. Serologías negativas salvo IgM para CMV positiva con IgG negativa, con antigenemia en sangre negativa. En endoscopia alta se visualiza pangastritis con edema y engrosamiento de pliegues, con inflamación intensa en histología. CMV por inmunohistoquímica negativo, y PCR para CMV, VEB, VHS negativos. Buena evolución con tratamiento sintomático como el caso anterior, con normalización clínica y analítica a los 10 días.

CONCLUSIONES: En niños inmunocompetentes la infección por CMV puede ocasionar enfermedad grave, siendo la afectación gastrointestinal la forma de presentación más frecuente. La indicación de tratamiento antiviral en estos casos no está aún establecida. Parámetros como la antigenemia o la gravedad de la sintomatología podrían ayudar a establecer dicha indicación.