



I-70. - PRIMOINFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19: ESTUDIO DE UNA SERIE DE 64 CASOS

M. González García¹, P. Jiménez Aranda¹, I. Jiménez Velasco¹, M. Rodríguez Cola¹, P. Peiró Jesús¹, C. Navarro Osuna¹, C. Gómez Hernando², A. Alguacil Muñoz¹

¹Servicio de Medicina Interna, ²Servicio de Microbiología. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Resumen

Objetivos: Parvovirus B19 (PVB19) es un virus DNA de la familia Parvoviridae y género Erythrovirus. El único huésped conocido es el hombre, de distribución universal. Su transmisión se produce por la inhalación respiratoria, a través de hemoderivados o por vía transplacentaria. La presentación clínica es muy variable dependiendo las características de la persona infectada y su grado de inmunidad. El objetivo de nuestro estudio es describir las manifestaciones clínico-biológicas de los pacientes diagnosticados de primoinfección por PVB19 atendidos en el área de salud de Toledo y que pudiera contribuir a un mejor conocimiento de esta infección.

Métodos: Estudio descriptivo observacional retrospectivo de pacientes diagnosticados de primoinfección por Parvovirus B19 del área sanitaria de Toledo de 358.000 habitantes, desde enero de 2009 hasta diciembre de 2013 (5 años). Se revisaron las historias clínicas mediante un protocolo de recogida de datos que incluía A. personales, variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, tratamiento (Tº) recibido y evolución. El diagnóstico se realizó mediante la seroconversión IgM a PVB19. Fueron identificados 71 pacientes de los cuales 7 casos fueron excluidos por no disponer información válida. Se realizó estudio estadístico descriptivo con programa SPSS v15.

Resultados: Edad: 33,57 ± 19 años. Destacaba el rango de edad entre 19-65 años con 44 casos (68,8%) Sexo: Mujeres 46 (71,9%)/hombres 16 (28,1%) 26 casos fueron diagnosticados en primavera y 22 en verano. Sólo 3 (4,68%) pacientes tenían antecedentes de anemia (1 trastornos crónicos, 1 alfa-talasemia y 1 esferocitosis hereditaria). Hallamos 4 (6,3%) gestantes (1 en 1ºT, 2 en 2ºT y 1 en 3ºT) de las cuales 2 abortaron con hydrops fetalis no inmune en la 20 semana. Los síntomas generales (fiebre, cefalea, mialgias, artralgias, prurito) constituyeron la clínica más frecuente con 53 (82,8%) pacientes, seguido de rash en 18 (28,1%), artritis 15 (23,4%), miocarditis 1 (1,6%) y pericarditis 2 (3,12%). En el estudio analítico: 16 casos (25%) con anemia, leucopenia en 18 (28,1%) y trombopenia en 8 (12,5%) 6 casos (9,4%) con hipertransaminasemia sin criterios de hepatitis aguda. 7 casos (10,9%) tenían inmunosupresión: 1 Ca de ovario con QT, 4 en Tº metotrexato, 1 rituximab y 1 infliximab. El Tº fue sintomático en 51 casos (79,7%) 3 pacientes (4,7%) precisaron transfusión de hematíes y 1 paciente (1,6%) con miocarditis aguda recibió gammaglobulinas IV. La evolución fue satisfactoria en la mayoría de los casos. Sólo 1 paciente cirrótico falleció por s. hepatorenal.

Discusión: En nuestro estudio, la mayoría de los casos se presentaron en primavera (40,62%) y

verano (34,37%). En otras series se registraron a finales del invierno o primavera. El grupo de edad más numeroso correspondía al rango 19-65 años (68,8%). Este dato sorprende dado que hasta el 80% de los casos aparece antes de los 15 años, conocido como Eritema infeccioso o quinta enfermedad. El cuadro clínico en la mayoría fue inespecífico con fiebre, malestar, artralgias, mialgias, propio de un proceso viral concordante con otras series publicadas y que hace difícil su diagnóstico por su bajo nivel de sospecha. Algo más específico pudiera ser la aparición de rash pero sólo en el 28% de nuestra serie. La evolución clínica fue favorable, únicamente hubo 1 fallecimiento en un paciente cirrótico en fase terminal. El tratamiento fue sintomático siendo necesaria la transfusión de hemoderivados en una minoría (3 casos). A destacar la importancia de esta infección en embarazadas por el riesgo de aborto.

Conclusiones: 1) La infección por PVB19 cursa con un amplia variedad clínica no siempre fácil de reconocer por lo inespecífico de sus síntomas. 2) Mayor predilección por mujeres adultas jóvenes y presentación principalmente en primavera y verano. 3) Buen pronóstico con tratamiento sintomático. Excepcionalmente se precisa transfusión o administración de inmunoderivados.