



I-117 - ANEMIA HEMOLÍTICA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN EL ADULTO INMUNOCOMPETENTE: DESCRIPCIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

T. Gondar Barcala, P. Sánchez Conde, N. García Poutón, J. Álvarez Otero, J. de la Fuente Aguado

Servicio de Medicina Interna. Hospital Povisa S.A. Vigo (Pontevedra).

Resumen

Objetivos: La anemia hemolítica en la infección aguda por CMV en el adulto inmunocompetente es una manifestación poco frecuente. Probablemente se trate de una entidad infradiagnosticada cuya patogenia y manejo terapéutico no están aclarados por lo que consideramos importante reportar un nuevo caso.

Métodos: Varón de 33 años sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés ni tratamientos habituales. Acude a nuestro centro por astenia, hiporexia, coluria e ictericia de 5 días de evolución. Toma alcohol de forma esporádica y niega consumo de otros tóxicos. Vive en medio urbano y no tiene animales domésticos. No es portador de tatuajes ni ha recibido transfusiones. Niega relaciones sexuales de riesgo. Tiene una hija de 8 meses que ha presentado un cuadro de herpangina y una gastroenteritis aguda en el último mes. El paciente está afebril, normotenso y ligeramente taquicárdico. Presenta ictericia conjuntival y en la exploración abdominal no se palpan visceromegalias. La analítica revela una anemia normocítica y normocrómica e hipertransaminemia con hiperbilirrubinemia a expensas de la fracción indirecta (hemoglobina: 9,2 mg/dl; GOT: 144 U/L; GPT: 162 U/L, GGT: 51 U/L; bilirrubina total: 3,35 mg/dl, bilirrubina indirecta: 2,65 mg/dl). No presenta leucopenia, trombopenia ni alteraciones de la hemostasia. Ante la sospecha de hemólisis se completa el estudio confirmándose el diagnóstico de anemia hemolítica de origen no inmune (Coombs directo e indirecto negativo; reticulocitos: 6,2%; LDH: 827 U/L; haptoglobina indetectable). El proteinograma y estudio del complemento son normales. No se detectan crioglobulinas séricas. El frotis de sangre periférica revela una anisocitosis eritrocitaria y policromatofilia y el aspirado de médula ósea una hiperplasia eritroide con diseritropoyesis secundaria. El estudio citométrico descarta una hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN). Ecográficamente destaca una leve esplenomegalia que apoya el origen extravascular de la hemólisis. La serologías de VIH, lúes, VHA, VHB y VHC, Mycoplasma pneum., Coxakie A9 y B, VEB y Parvovirus B19 son negativas. IgM e IgG contra CMV son positivas. Ante la posibilidad de una infección reciente o reinfección por CMV se solicita determinación de DNA CMV (AgPPG5) que resulta positiva.

Resultados: Al segundo día de ingreso se le transfunden 2 concentrados de hematíes (CH) por empeoramiento brusco de la anemia. Una vez estabilizado clínicamente se inicia corticoterapia iv (1 mg/Kg/día). La evolución posterior tanto clínica como analítica es favorable y recibe el alta tras 18 días de hospitalización con el diagnóstico de anemia hemolítica posiblemente secundaria a infección

aguda por CMV. Actualmente es seguido en consultas externas de Medicina Interna. En la última consulta, a tratamiento con 50 mg/día de prednisona oral el paciente está asintomático, con una hemoglobina de 12,6 g/dl y normalización de los niveles de LDH, haptoglobina, bilirrubina y transaminasas.

Discusión: Realizamos una revisión de la literatura y encontramos en PubMed tan sólo 13 casos reportados de adultos inmunocompetentes con anemia hemolítica en el contexto de infección aguda por CMV entre 1980 y 2013. El pronóstico fue favorable en todos ellos, incluso en los que no recibieron corticoterapia ni antivirales.

Conclusiones: No existe un tratamiento específico. La mejoría espontánea forma parte de la evolución natural del proceso por lo que la actitud “wait and see” podría estar justificada si la anemia no es grave.