

Infección precoz posnatal por citomegalovirus en un gran prematuro

Sr. Editor:

El citomegalovirus (CMV) pertenece a la familia de los *Herpesvirus*, es un virus ADN que afecta solamente a los humanos, sin ningún vector de transmisión conocido, que es capaz de causar infección primaria, quedarse latente y reactivarse posteriormente, es la causa más común de infección intrauterina, el 1% de los recién nacidos están infectados por CMV. La mayoría están asintomático y el 5% tienen síntomas. Puede ser transmitido al recién nacido durante el período neonatal, los mecanismos de transmisión son a través de las secreciones vaginales en el canal del parto, de la leche materna o las transfusiones¹.

Recién nacido de edad gestacional 23 + 6 semanas, peso 645 g. Rotura de bolsa a las 23 semanas, oligoamnios moderado, sin maduración pulmonar. Presenta parto vaginal con reanimación tipo IV y Apgar 3/5/7 al 1.º, 5.º y 10.º min, respectivamente. Presento múltiples problemas: síndrome de distrés respiratorio neonatal grave, neumotórax, neumonía nosocomial, sepsis tardía, ductus arterioso persistente que tras 2 ciclos con indometacina, necesito corrección quirúrgica, displasia broncopulmonar grave, retinopatía del prematuro grado II, anemia del prematuro que necesito transfusión de hemoderivados en varias ocasiones, el día 12 de vida se determina CMV en orina, mediante la técnica *shell vial*, siendo negativo; recibió nutrición enteral con leche materna exclusiva a partir de los 32 días de vida.

El día 53 de vida en el contexto de un cuadro de colestasis neonatal de probable origen multifactorial y una neumonitis, presenta mayor deterioro respiratorio, elevación de transaminasas y aumento de la colestasis. Se determina CMV en orina siendo positivo, la IgG-anti-CMV y IgM-anti-CMV en el recién nacido son positivas, la serología materna mostró seroconversión a CMV, la determinación de CMV en la leche materna fue negativa.

Se decide tratamiento con ganciclovir 5 mg/kg/día y se mantiene durante 23 días, negativizándose CMV en orina y consiguiendo remisión de la colestasis, una progresiva normalización de las transaminasas y mejoría parcial de la situación respiratoria. No presentó efectos secundarios relevantes. No se retiró la lactancia materna.

La infección perinatal por CMV es frecuente (6%) en los pretérminos menores de 1.500 g, los mecanismos de transmisión son las secreciones vaginales, la leche materna, las transfusiones o infecciones nosocomiales a través de orina y saliva. Las transfusiones de concentrado de hematíes en menores de 1.500 g es la causa más frecuente. La clínica comienza entre las 3 semanas

y los 3 meses, pueden ser asintomáticas o presentar hepatoesplenomegalia, linfopenia, neutropenia, trombocitopenia, elevación de las transaminasas, neumonitis o afectación multisistémica². Nuestro paciente presentaba una neumonitis y una colestasis que a pesar del tratamiento no mejoraba, en este contexto se realiza una determinación de CMV en orina que es positiva, por lo que esta infección perinatal podría estar produciendo o agravando el cuadro clínico; nos planteamos tratar la infección por CMV, con cierta cautela debido a los efectos secundarios del Ganciclovir. Ávila-Agüero et al³ encuentran el 80% de efectividad en el tratamiento con ganciclovir. Después de 23 días con tratamiento con ganciclovir, se produjo una mejoría clínica y analítica, presentando una disminución de la asistencia respiratoria, una disminución de los valores de bilirrubina y una negativización del CMV en orina.

En nuestro Hospital las transfusiones de concentrado de hematíes en el grupo de RNEBP se testan para CMV transfundiendo sangre CMV negativa y se utilizan filtros desleucocitadores de 4.^a generación.

Se recomiendan una serie de medidas en prematuros que van a necesitar transfusiones a lo largo de su ingreso como son: disminuir al máximo las transfusiones, limitar el número de donantes por cada niño, utilizar sangre CMV negativa, filtros desleucocitadores o hemoderivados irradiados.

La detección del virus por PCR en la leche materna fue negativa y la serología materna mostró una seroconversión a CMV.

Hamprecht et al⁴ consideran indicador de reactivación el ADN viral incluso con virología negativa en el suero lácteo, hay un índice de transmisión madre-hijo del 37%, además observan que las madres seropositivas en un 96% tenían ADN-CMV en su leche en algún momento. Hay diferentes porcentajes de transmisión por la leche materna en la literatura especializada^{5,6}. La transmisión disminuye congelando la leche a -20 °C⁷.

En nuestra experiencia el tratamiento con ganciclovir en RNMBP con infección por CMV se debe individualizar ya que existe posibilidad de beneficio para el paciente.

**J. Díaz Ruiz, I. del Blanco Gómez,
B. Huidobro Labarga, J. Suárez Fernández
y C. de Frutos Martínez**

Hospital General Yagüe. Burgos. España.

Correspondencia: Dr. J. Díaz Ruiz.
Abad Maluenda, 7 4A. 09005 Burgos. España.
Correo electrónico: alergomalaga@hotmail.com

5. Ayako Y, Hiroshi K, Masahiro M, Onrai M, Chizuko S, Tsuneo M. Evaluation of cytomegalovirus infections transmitted via breast milk in preterm infants with a real-time polymerase chain reaction assay. *Pediatrics*. 2003;111:1333-6.
6. Marcia M, Yule A, Do Carmo M, Gómez PC, Soares M, Calixto C. Perinatal or early-postnatal cytomegalovirus infection in preterm infants under 34 weeks gestation born to CMV-seroprevalence population. *J Pediatr*. 2004;145:685-8.
7. Jim WT, Shu CH, Chiu NC, Kao HA, Hung HY, Chag JH, et al. Transmission of cytomegalovirus from mothers to preterm infants by breast milk. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23:848-51.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alzina V, Bastero P, Gaboli M. Prevención de citomegalovirus en recién nacidos pretérmino. *An Esp Pediatr*. 2002;57:205-8.
2. Pérez A, Apolinar E, Acosta B, Ribes C, Díaz C, Muñoz A. Infección perinatal por citomegalovirus en recién nacidos pretérmino. *An Esp Pediatr*. 2002;57:244-8.
3. Ávila-Agüero ML, París MM, Alfaro W, Ávila-Agüero CR, Faingezicht I. Ganciclovir therapy in cytomegalovirus (CMV) infection in immunocompetent pediatric patients. *Int J Infect Dis*. 2003;7:278-81.
4. Hamprecht K, Yaschmann J, Kochen Y, Dietz K, Speer CP, John G. Epidemiology of transmission of cytomegalovirus from mother to preterm infant by breastfeeding. *Lancet*. 2001;357:513-8.