

El objetivo del presente trabajo es mostrar las formas de presentación clínica de nuestra casuística y las dificultades en determinar cuándo citomegalovirus (CMV) es agente de infección o determinante de enfermedad.

La infección por CMV es muy frecuente en sujetos infectados por el VIH, determinando característicamente un compromiso multisistémico al alcanzar el estadio IV de la infección (SIDA). CMV suele coexistir con otros patógenos, por lo que no siempre es fácil relacionarlo directamente con el cuadro clínico ni estimar su morbimortalidad.

Analizamos 9 casos de SIDA, de los cuales en 4 documentamos enfermedad por CMV a diversa localización (pulmón, esófago, ojo), y en 5 se diagnosticó infección activa por seroconversión o por presencia de IgM específica en el curso de enfermedad febril.

Para el diagnóstico de enfermedad no alcanza el aislamiento del virus, requiriéndose la identificación de las alteraciones citopatológicas que éste determina.

Palabras clave:

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida.
Enfermedad de Inclusión Citomegálica.
HTLV III.

Dr. María C. Rizzi

Ex Profesor Adjunto de Clínica Médica.

Dra. Adelina Braselli

Profesora Agregada. Clínica de Enf.

Infecciosas.

Dr. Héctor D. Navarrete

Profesor Agregado. Anatomía Patológica

Dres. Eduardo Savio, Héctor Purtscher

Profesores Adjuntos Clínica de Enf.

Infecciosas.

Dres. Horacio Corradi, Olga Hernández

Asistentes Clínica de Enf. Infecciosas.

Facultad de Medicina. Uruguay.

Introducción

Citomegalovirus (CMV) es un virus ADN perteneciente a la familia herpes.

Frecuentemente infecta pero raramente condiciona enfermedad en personas sanas (1, 2).

El virus o su genoma, que permanecen en forma latente, pueden ser reactivados por mecanismos aún no bien conocidos (2).

La primoinfección en personas sanas puede cursar desde una forma inaparente hasta la citomegalia generalizada mortal. La forma clínica más frecuente de presentación es el síndrome mononucleósido con reacción de Paul-Bunnell negativa, con poco compromiso faríngeo, sin adenomegalias y con discreto toque hepatocítico evidenciado por aumento leve de transaminasas (3).

Trabajo de la Clínica de Enfermedades Infecciosas (Fac. de Medicina), del Servicio de Enfermedades Infeccio-contagiosas (MSP) y de la Cátedra de Anatomía Patológica (Fac. de Medicina).

Correspondencia:

Dra. Adelina Braselli
Uruguay 2125 ap. 702
Montevideo, Uruguay.

En el paciente inmunodeprimido la reactivación es asintomática o se presenta con un cuadro proteiforme. Lo más frecuente es que ocasione un síndrome mononucleósido eventualmente asociado a hepatitis, neumonitis, coriorreinitis, artralgias y síntomas de diseminación (1, 4).

La presencia de IgM específica —testimonio de primoinfección— ha sido encontrada en 95% de hombres homosexuales con IgG anti-CMV en el curso de hasta 14 meses de seguimiento. Ello sugiere la reactivación de una infección latente o la nueva exposición a un virus exógeno (5).

La infección por CMV es depresora de la inmunidad celular. La exposición reiterada al virus llevaría a una inmunodepresión prolongada que jugaría un rol precipitante del SIDA (5).

En éste la infección activa queda probada frente a la presencia de IgM específica o por el aumento de los títulos de anticuerpos específicos IgG.

El virus se disemina fundamentalmente por vía hematogena dada su estrecha relación con los leucocitos mono y polimorfonucleares. Tanto la diseminación como las reactivaciones ocurren en presencia de los anticuerpos (AC) específicos ya que la integridad de la respuesta inmune celular es la determinante de la curación (3).

