

INDA L, SALGUEIRA C, PAOLILLO AL, PRIETO MF, ALTUNA V, CAIRNIE A, ALTCLAS J
Sanatorio Anchorena, CABA

INTRODUCCIÓN

El Virus Herpes Humano 6 (VHH 6) pertenece a la familia *Herpesviridae*, por lo que comparte con el resto de los miembros, las características de integración al ADN y reactivación. Con una seroprevalencia del 95% en la edad adulta, se estima una reactivación entre el 28 y el 78% en pacientes con trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH), manifestándose principalmente como encefalitis, siendo la única indicación recomendada de tratamiento antiviral. Existen escasos datos en la bibliografía sobre reactivación en pacientes no trasplantados.

Presentamos un caso de encefalitis por VHH 6 en una paciente con enfermedad oncológica.

CASO CLÍNICO:

Niña de 14 años de edad con LLA T de AR, recibió quimioterapia de inducción (Fase I) según protocolo GATLA-ALLIC 2010 (corticoides, daunorrubicina, vincristina, L asparaginasa, con metotrexate y dexametasona intratecal). Se internó por neutropenia febril sin foco clínico. Permaneció febril por 48 hs, sin rescate microbiológico. Al quinto día comenzó con disartria, temblor fino intencional y dolor en miembros inferiores. Al sexto día reaparición de fiebre, con recuperación de la neutropenia y deterioro progresivo del sensorio. Se rotó esquema ATB inicial a meropenem, vancomicina y aciclovir (dosis SNC), y se realizó:

- PL: citoquímico traumático, con cultivo de gérmenes comunes, mycobacterias y hongos negativos, PCR para CMV-VEB-HSV-VVZ-JC negativos, y PCR positiva para VHH 6.
- EEG: trazado lento, desorganizado, sin paroxismos.
- RNM: hiperintensidad en T2 y FLAIR en la región pontina

Se interpretó como encefalitis por VHH 6, por lo que se adecuó tratamiento antiviral a Ganciclovir, y por presentar efectos adversos, luego a Foscarnet. Recibió un total de 9 semanas, mejorando clínicamente, con normalización del EEG, y negativización de VHH 6 (ver Tabla 1).

Recibió Fases II y III de quimioterapia, sin presentar manifestaciones clínicas de encefalitis, con LCR normales. Luego de la reinducción (Fase IV) con vincristina, doxorubicina, L asparaginasa y dexametasona, durante la neutropenia comenzó con trastornos de la conducta, discurso incoherente y mutismo selectivo.

Se realizó PL, con citoquímico normal y PCR positiva para VHH 6, asociado a viremia, por lo que se interpretó nuevamente como reactivación de infección por HHV 6, e inició tratamiento con foscarnet.

- EEG, que mostró actividad focal temporo-frontal bilateral con ocasionales paroxismos generalizados,
 - RNM de cerebro, que evidenció hiperintensidad yuxta cortical fronto occipito temporal bilateral y parietal derecha.
- Se realizó seguimiento con CV en sangre (ver Tabla 2). Recibió 47 días de tratamiento antiviral, con franca mejoría clínica y en EEG.

A dos años de su diagnóstico, se encuentra en remisión, con examen neurológico y RNM de cerebro normales.

Tabla 1: Monitoreo de VHH 6

	LCR citoquímico	PCR/CV VHH 6 en LCR	CV VHH 6 en Sangre
26/02	Traumático	(+)	
11/03	L0, P98 mg/dl, G56 mg%	(+)	(-)
26/03		1290 c/ml	
15/04		654 c/ml	2010 c/ml
06/05	L0, P36.7 mg/dl, G56 mg%	(-)	(-)

Tabla 2: Monitoreo de VHH 6

	LCR citoquímico	PCR/CV VHH 6 en LCR	CV VHH 6 en Sangre
04/09	Normal	(+)	16560 c/ml
15/09			9960 c/ml
22/09			3504 c/ml
02/10	Normal	(-)	120 c/ml

CONCLUSIÓN:

En el caso presentado, las manifestaciones clínicas, asociadas a la alteración del EEG y a la RNM de cerebro; junto con el hallazgo de HHV 6 tanto en sangre como en LCR, y la ausencia de otras causas identificadas que justifiquen dicho cuadro, hicieron considerar el diagnóstico de Encefalitis por HHV 6. Éste debe considerarse como causa de encefalitis en pacientes inmunocomprometidos de causa oncológica, lo que permitiría realizar un diagnóstico etiológico temprano e iniciar un tratamiento antiviral específico.

El monitoreo viral en períodos asintomáticos, así como el uso de profilaxis secundaria, son aún conductas controvertidas.