

PE068: Diagnóstico de coinfección por *Citomegalovirus* y *Varicela zóster virus* en lesiones cutáneas en una paciente con sida. Presentación de un caso clínico



Priarone M*, Maiolo E*, Bases M*, Valerga M*, Bruni G*, Maronna E**, Corti M*.

*División "B" VIH/sida, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. GCABA

**Servicio de Anatomía patológica, Hospital de Infecciosas F. J. Muñiz. GCABA

Introducción: Las reactivaciones de las infecciones latentes por virus de la familia Herpes originan variadas y graves manifestaciones clínicas en los enfermos con sida. Las lesiones mucocutáneas son comunes en las infecciones por Herpes simple 1 y 2 y por varicela-zóster (VZV). En cambio, son infrecuentes en infecciones por citomegalovirus (CMV). Presentamos una paciente con enfermedad VIH/sida avanzada que desarrolló lesiones cutáneas diseminadas, en una de las cuales se identificó por técnica de PCR el genoma de VZV y CMV.

Caso clínico: Mujer de 52 años, VIH positiva diagnosticada en 1999 bajo tratamiento antirretroviral en base a zidovudina, lamivudina, atazanavir y ritonavir. Tabaquismo de larga data. Ingresó al hospital por caquexia, masa ocupante cerebral y diagnóstico reciente de adenocarcinoma de pulmón poco diferenciado. El laboratorio mostró anemia y leucopenia, LT CD4+: 5 cel/μl (2%) y carga viral para VIH de 13 400 copias/mL ($\log_{10}$ 4,3). La serología para toxoplasmosis fue positiva IgG 1/64 y negativa para hepatitis B, C y VDRL. Evolucionó de manera desfavorable, con vómitos, diarrea y aparición de lesiones cutáneas diseminadas caracterizadas como exantema máculo-pápulo-vesículo-costroso con predominio en tronco y enantema con escasas vesículas en paladar duro (Figuras 1). Se realizaron tomas de biopsia de las lesiones cutáneas (vesículas) localizadas en el muslo. El informe histopatológico mostró hallazgos morfológicos compatibles con infección por herpes virus (Figura 2). Se enviaron muestras de las biopsias cutáneas para detección del genoma de Herpes virus por técnica de PCR que resultó positiva para CMV y VZV y negativa para HSV1-2.



Fig.1 lesiones en su evolución con borde escamoso y algunas cubiertas por costra

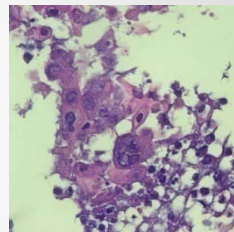


Fig.2 Queratinocitos con núcleos en vidrio esmerilado, algunos de ellos multinucleados. Neutrófilos y linfocitos

El hisopado de la base de las lesiones vesiculares para estudio virológico mediante detección de antígenos de HSV y VZV en células con anticuerpos monoclonales resultó no reactivo. La serología para VZV fue reactiva para anticuerpos de tipo IgG >1/10; IgM no reactiva; anti-HSV 1/2 IgG reactivo; IgM no reactiva y anticuerpos anti HSV-2 IgG equivoco. Se realizó punción lumbar; el líquido cefalorraquídeo fue incoloro, límpido, proteinorraquia 2,46 gr/L, glucorraquia 26 mg/dL, 2 cél/uL. Las tinciones de Ziehl-Neelsen, Gram y la tinta china resultaron negativas. La PCR cuantitativa en tiempo real en LCR para CMV fue detectable, con 622 copias/mL ($\log_{10}$ 2.8). La detección de VEB y HHV-6 en LCR resultó negativa. La PCR en tiempo real para Virus JC fue negativa y los cultivos para hongos, micobacterias y gérmenes comunes también resultaron negativos. Se inició tratamiento con ganciclovir a la dosis de 10 mg/kg/día por vía intravenosa. La paciente evolucionó de manera desfavorable con neumonía intrahospitalaria y óbito.

Conclusión: Aunque no hay lesiones mucocutáneas características para la infección por CMV, la predilección por la localización en la región perianal ha sido bien documentada. La detección de CMV es de gran valor pronóstico ya que su presencia en la piel y mucosas generalmente indica una infección concomitante diseminada y obliga a la búsqueda del virus en otros sitios tales como SNC a través del estudio del LCR, la retina y en muestras de sangre. El diagnóstico precoz seguido del tratamiento antiherpético y la reconstitución inmunológica alcanzada con la TARGA pueden mejorar el pronóstico de esta clase de pacientes.