

Anemia normocítica normocrómica con reagudizaciones frecuentes en un paciente con sida

Sonia García^a, Dolores Gómez-Salazar^a, Ana García-Marcilla^a, Juan López-Pascual^a, Miguel Ángel Martínez^b y Rafael Rubio^c

^aServicio de Hematología. ^bServicio de Anatomía Patológica. ^cUnidad de VIH. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

Caso clínico

Mujer de 30 años diagnosticada de infección por VIH, en estadio C3 de los criterios de los Center for Disease Control (CDC), en tratamiento con triple terapia antirretrovírica (d4T + 3TC + indinavir) y con profilaxis de *Pneumocystis carinii*. Como enfermedades asociadas había presentado candidiasis esofágica y enfermedad diseminada por *Mycobacterium kansasii* con taponamiento cardíaco un mes antes del problema actual.

La paciente presentaba una anemia normocítica normocrómica de forma persistente que se reagudizaba con repercusión sintomática importante y mejoraba de manera puntual con transfusiones sanguíneas (precisó un total de 20 concentrados de hematíes en un período de 8 meses).

Los resultados de laboratorio en el estudio de anemias carenciales (vitamina B₁₂, ácido fólico, hierro y ferritina) eran normales. Destacaba la ausencia de reticulocitos en cada reagudización de la anemia. La carga vírica al inicio del cuadro era superior a 800.000 copias/ml ($> 5,9 \log_{10}$), y el número absoluto de CD4 era de 16 (4%).

Evolución

Debido a que no se encontraba una causa que explicase la anemia grave que presentaba la paciente y las reagudizaciones que se acompañaban, se realizó estudio aspirado de médula ósea, en el que se observaron al microscopio óptico células precursoras eritroides de gran tamaño y con grandes inclusiones intracelulares eosinófilas (proeritroblastos gigantes)¹, que sugería infección por Parvovirus² (fig. 1).

Se realizó estudio serológico de IgG e IgM para Parvovirus, cuyo resultado fue negativo y se efectuó a su vez estudio de PCR para Parvovirus en sangre periférica, cuyo resultado fue positivo.

Con la confirmación diagnóstica de eritroblastopenia relacionada con infección por Parvovirus se inició tratamiento con inmunoglobulina i.v. a dosis de 0,4 g/kg/día durante 10 días³, presentando la paciente al mes de finalizar el tratamiento una hemoglobina de 14,4 g/dl y un año y medio después una hemoglobina de 16,3 g/dl, sin haber presentado recaídas en las crisis aplásicas. La carga vírica se redujo en este período, con

resultado inferior a 50 copias/ml y un número de células CD4 de 310 (20%) (tabla 1).

Comentario

En el diagnóstico diferencial de anemia grave en pacientes inmunodeprimidos (tanto por causa hematooncológica como por causa infecciosa) debe pensarse en la infección por Parvovirus B19², debido a la buena respuesta al tratamiento con inmunoglobulinas. Se considera que el manejo inicial debe ser a dosis de 0,4 g/kg/día intravenosos durante 5-10 días. Los pacientes con recuento de células CD4 inferior a 100 células/ μ l es muy probable que presenten recaídas en los 6 meses siguientes al tratamiento inicial con inmunoglobulinas. En estos casos, la dosis de tratamiento es de 2 g/kg/día, durante 1-2 días⁵ y, si hay respuesta, se considera la administración de tratamiento de mantenimiento a dosis de 0,4 g/kg cada 4 semanas para prevenir recaídas y reducir las transfusiones sanguíneas.

La infección por Parvovirus B19 tienen una baja incidencia⁴, aunque los estudios serológicos de IgG para Parvovirus demuestran una positividad de aproximadamente 60%, tanto en la población infectada por el VIH como en la población sana. Sin embargo, la identificación de ADN de Parvovirus por PCR no llega al 1%, lo que demuestra que es una enfermedad poco común en este grupo de pacientes.

Los criterios para diagnosticar anemia debida a infección por Parvovirus son⁵:

1. Ausencia de reticulocitos en sangre.

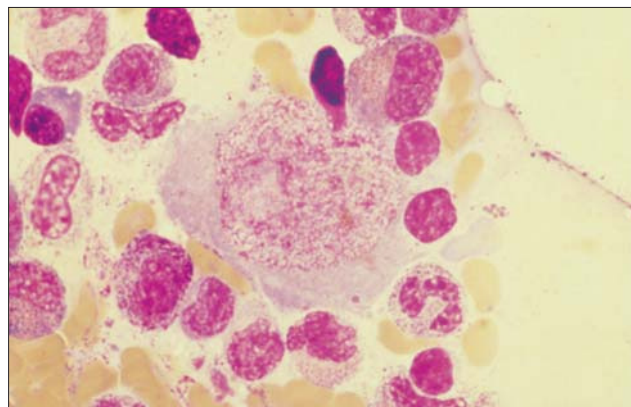


Figura 1. Aspirado medular con alteraciones compatibles con infección por Parvovirus.

Correspondencia: Dra. Sonia García.
Teruel, 12, 4º C.
28850 Torrejón de Ardoz. Madrid.

Manuscrito recibido el 19-02-2001; aceptado el 28-03-2001.

TABLA 1. Evolución de los parámetros hematológicos y virales en relación con el tratamiento de la infección por Parvovirus

	18/09/1998	22/09/1998	03/12/1998	11/12/1998	03/03/1999	24/03/1999	06/04/1999	25/08/1999	19/05/2000	01/10/2000
Hb	4	10,9	4,7	12,1	6,6	8,1	13,5	14,9	15,5	16,3
Carga viral		105	76		< 50		< 50	< 50	53	< 50
CD4 (%)		7 (3%)	38 (9%)		104 (16%)		107 (16%)	150 (13%)	295 (16%)	310 (20%)
T CH	+	-	+	-	+	-	-	-	-	-
Tratamiento						Ig IV				

Hb: hemoglobina; T CH: transfusión de concentrados de hematíes; Ig IV: inmunoglobulina intravenosa.

2. Biopsia de médula ósea con aplasia pura de serie roja, donde se observa ausencia de precursores eritroides y presencia de proeritroblastos gigantes.

3. Detección de ADN de Parvovirus B19 por PCR en suero.

La situación inmunocomprometida de estos pacientes conlleva una escasa respuesta de anticuerpos, por lo que los estudios serológicos de IgM para Parvovirus pueden no ser

diagnósticos por resultados falsos negativos, teniendo que recurrir a estudios de ADN por PCR por su mayor sensibilidad.

Bibliografía

1. Koduri PR. Novel cytomorphology of the giant proerythroblasts of Parvovirus B19 infection. *Am J Hematol* 1998;58:95-9.
2. Zuckerman MA, Williams I, Brenner J, Cohen B, Miller RF. Persistent anaemia in HIV-infected individuals due to Parvovirus B19 infection. *AIDS* 1996;8:1191-2.
3. Fuller A, Moaven L, Spelman D, et al. Parvovirus B19 in HIV infection: a treatable cause of anemia. *Pathology* 1996;28:277-80.
4. van Elsacker-Neile AM, Kroon FP, van der Ende ME, et al. Prevalence of Parvovirus B19 infection in patients infected with human immunodeficiency virus. *Clin Infect Dis* 1996;23:1255-60.
5. Koduri PR, Kumapley R, Khoka ND, Patel AR. Red cell aplasia caused by Parvovirus B19 in AIDS: use of i.v. immunoglobulin *Ann Hematol* 1997; 75:67-8.