



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



MESA REDONDA II: INFECCIONES

Virus de Epstein-Barr

Loreto Hierro

Servicio de Hepatología, Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid, España

El virus de Epstein-Barr (EBV) causa infección solamente a humanos y permanece toda la vida en el individuo. La primera fase de infección consiste en la replicación viral (fase lítica) en células faríngeas y linfocitos B; después permanece latente en linfocitos B de memoria, con una expresión restringida de genes virales que ayuda a evadir la respuesta inmunológica. La acción de linfocitos CD4+ y CD8+ es esencial en el control de la fase lítica y la infección crónica.

En individuos inmunodeprimidos las manifestaciones clínicas son peculiares, y predominan los problemas derivados de la deficiente función de linfocitos T: el efecto de "inmortalización" de linfocitos B por parte del EBV conduce a la linfoproliferación anormal, con clínica variable según los órganos en los que asiente y la calidad de ésta (proliferación de múltiples clones o monoclonal). Los síndromes linfoproliferativos inducidos por EBV en trasplantados (PTLD) son una de las complicaciones principales de la inmunosupresión. Ciclosporina y tacrolimus son los principales implicados, pero la sumación de fármacos, terapias depletoras de linfocitos (OKT3) y dosis elevadas de esteroides aumentan el riesgo.

El riesgo de PTLD es elevado cuando existe primoinfección postrasplante. La fuente de infección es el injerto y los hemoderivados. La mayoría de las primoinfecciones sucede en los primeros meses tras el trasplante. En los

individuos ya expuestos a EBV antes del trasplante la reactivación de la infección es también precoz.

Entre el 17 y el 80% de los niños trasplantados sufren infección EBV y, de ellos, un 17-22% sufren PTLD.

La retirada del inhibidor de calcineurina (restablecimiento de la inmunidad celular), la asociación de antivirales (ganciclovir o valganciclovir para limitar la replicación viral) y la aplicación de anti-CD20 (si las células son CD20+) permiten la supervivencia de más del 70%. Los pacientes con PTLD monoclonal (linfoma, generalmente extranodales) suelen requerir tratamientos de quimioterapia.

Las pautas de prevención de PTLD son eficaces en disminuir la frecuencia de este problema. Consisten en la vigilancia estrecha del comienzo y evolución de la infección mediante cuantificación de DNA-EBV en sangre. Miden el conjunto del EBV libre en suero y el contenido en linfocitos B. Una cuantificación elevada expresa básicamente un alto número de linfocitos con EBV latente. Concentraciones elevadas se correlacionan con la existencia de PTLD o riesgo inminente. La actitud de modulación de la inmunosupresión, disminuyéndola de acuerdo a la valoración clínica y virológica, obtiene resultados favorables, aunque no elimina el riesgo. La combinación de otras técnicas para estimar la respuesta inmune específica frente a EBV es deseable para individualizar el descenso de fármacos.