

INFECCIÓN POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITIALE EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PRECURSORES HEMATOPOYÉTICOS

M. Rojas¹, N. Claros¹, R. Forés¹, E. Ojeda¹, D. Morillo¹, N. Dorado¹, P. Beltrán¹, M. Cabero¹, C. Muñoz¹, . Santero¹, M. Piris¹, A. de Laiglesia¹, I. Krsnik¹, B. Navarro¹, J.A. García-Marco¹, G. Baustista¹, S. Gil¹, I. Sanjuán¹, C. Regidor¹, C. Salas², J.R. Cabrera¹

¹Servicio de Hematología y Hemoterapia; ²Servicio de Anatomía Patológica.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda (Madrid)

Introducción: El virus respiratorio sincitial (VRS) es una causa de infección de vías respiratorias superiores e inferiores en los pacientes sometidos a trasplante de progenitores hematopoyéticos (TPH), tiene un predominio estacional (noviembre-abril) y su tratamiento no está claramente establecido. Se ha utilizado Ribavirina (oral, inhalada, intravenosa) asociada o no a inmunomoduladores (Inmunoglobulina intravenosa o Palivizumab).

Material y métodos: Examinamos los TPH realizados en nuestro centro en los últimos 6 años (204 TPH en 186 pacientes), encontrando 3 casos de infección por VRS; 2 eran trasplantes de sangre de cordón umbilical (TSCU) y uno TPH alogénico de hermano HLA-idéntico. Revisamos el periodo de tiempo hasta el inicio de la sintomatología, los datos clínicos, hallazgos radiológicos, el diagnóstico y el tratamiento administrado; así como la evolución del cuadro.

Resultados:

- Paciente 1: Varón, 58 años, diagnosticado de leucemia mieloide aguda secundaria, sometido a TSCU el 20 diciembre de 2005. El día +26 comienza con clínica catarral, positividad para VRS en lavado nasal, Rx tórax normal y TAC con afectación parenquimatosa parcheada. Se inicia tratamiento con Ribavirina oral e inhalada (SPAG-2) resolviéndose el cuadro infeccioso al mes sin posteriores recurrencias de la infección.
- Paciente 2: Varón, 28 años, con Leucemia Linfoblástica T, sometido a TSCU el 26 de noviembre de 2009. El día +58 comienza con clínica respiratoria de vías bajas, con lavado nasal positivo para VRS, Rx de tórax normal y TAC con infiltrados pulmonares alveolares parcheados y atrapamiento aéreo. Fue tratado con ribavirina oral e inhalada (SPAG-2), palivizumab e IgIV, persistiendo positividad en las pruebas rápidas para VRS y *Shell* vial del lavado nasal; así como en el lavado broncoalveolar. Tras varios ingresos por insuficiencia respiratoria, falleció por *distress* respiratorio.
- Paciente 3: Varón, 31 años, diagnosticado de linfoma linfoblástico T, con TPH alogénico de hermano HLA-idéntico realizado el 29 de diciembre de 2010. El día + 16 inicia clínica catarral con lavado nasal positivo para VRS y Rx de tórax normal. Inicia tratamiento con ribavirina oral e inhalada (SPAG-2) e IgIV, resolviéndose la infección.

Conclusiones:

1. En nuestra experiencia observamos que la infección por VRS aún siendo poco frecuente (1.5 %) en ocasiones es muy grave, incluso letal. Nuestros casos lo desarrollaron en el postrasplante inmediato con una incidencia claramente estacional (todos los casos sucedieron en enero).
2. En el diagnóstico precoz puede ser útil la detección por técnica rápida del Ag del VRS, requiriendo confirmación posterior (*Shell* vial).
3. El tratamiento con ribavirina ± inmunomoduladores puede ser eficaz si se administra en las fases iniciales de la infección, por lo que es importante un diagnóstico precoz.