

SECCION BIBLIOGRAFICA

INFECCION PULMONAR A CYTOMEGALOVIRUS

Detección de la Imagen por Gallium 67 en el Paciente Transplantado

Archives of Internal Medicine Vol.139 No.3, Mayo 1979, Isam A. Hamed, James E. Wenze y Col.

Cytomegalovirus (CMV) es probablemente la infección viral más común en pacientes inmunosuprimidos. Su incidencia es de aproximadamente 90 o/o en pacientes con trasplantes renales, usualmente en los primeros tres meses post-trasplantes. El diagnóstico se establece por medio de cultivos virales positivos, un aumento de cuatro veces el título de anticuerpos en sus valores basales, ó la demostración de inclusiones virales en tejido de biopsia.

En este trabajo se describe infección pulmonar a CMV en dos pacientes, a uno de los cuales se le practicó biopsia pulmonar abierta del área que demostró captación anormal de citrato de gallium Ga 67. En ambos pacientes las imágenes resultaron positivas anterior a los resultados del aumento de cuatro veces los valores basales de la titulación del suero de anticuerpos CMV y anteriormente a toda señal radiológica o clínica de compromiso pulmonar.

En nuestro primer paciente la infección a CMV ocurrió en el sexto año post-trasplante. Ambos pacientes presentaron fiebre, leucopenia, anemia, y trombocitopenia en ausencia de una fuente de infección demostrable; un aumento en más de cuatro veces el complemento sérico a CMV sin evidencia clínica y radiológica de neumonía conjuntamente con concentraciones pulmonares bilaterales aumentadas de Ga 67; nuestro segundo paciente presentó rechazo posible y ligero al injerto.

La infección a CMV no son comunes posterior al primer

año post-trasplante. Con la imagen de Ga se puede detectar enfermedad inflamatoria localizada en ambas cavidades torácica y abdominal, como son: Tuberculosis, neumonía piogénica, sarcoidosis y neumonía por radiación. En paciente inmunosuprimido infectado con pneumocystis carinii antes de la evidencia radiológica de neumonía ha sido localizado concentración de Ga anormal, pero no se conoce comunicación previa de Scan pulmonar positivo a Ga 67 en neumonía a CMV. Con relación a la supresión de la médula ósea conjuntamente con la fiebre, varios trabajos indican la presencia de esos datos con o sin trombocitopenia en pacientes sometidos a trasplantes renales previo el tiempo en que se detectó infección CMV. Es importante notar que la fiebre generalmente no aparece a menos que exista una infección concomitante, y ésta precede el inicio del daño de la función renal en infecciones a CMV y le sigue a un aumento a los niveles de creatinina en rechazo de injertos. Es difícil, sin embargo, distinguir entre un episodio de infección a CMV de un episodio agudo de rechazo de injerto, inclusive el uso de esteroides a grandes dosis, en la ausencia de rechazo, puede facilitar la diseminación de infecciones virales.

La localización de CMV a nivel renal, seguida del deterioro de la función del rechazo de injertos, demuestran que la captación temprana de Ga 67 en el paciente inmunosuprimido que presenta fiebre, supresión de la médula ósea, y disfunción a nivel de injertos, enfatizan una vez más la potencialidad de este método no invasivo de demostrar la afectación pulmonar temprana con infecciones oportunistas en el paciente inmunosuprimido. Esto ayuda a suprimir dosis masivas y múltiples de antibióticos y esteroides, cuando no estén indicados.

Angel E. Garrido

CYTOMEGALOVIRUS EL DEMONIO DE LOS TRANSPLANTES

Balfour Henry H.

Archives of Internal Medicine Vol139 No.3, Marzo 1979

Cytomegalovirus (CMV) es el agente patógeno más frecuente en los primeros seis meses posterior a trasplante renal. Evidencia reciente lo clasifican como causa principal de fiebre y leucopenia en receptores de homoinjertos post-trasplantes renales; a su vez es responsable de neumonía, hepatitis, retinitis, encefalitis, y hasta de muerte, pudiendo además causar complicaciones en médula ósea y trasplantes cardíacos.

La manera más precisa de abordar la infección por CMV estriba en la identificación del virus, usando para ésta métodos sofisticados como son el cultivo de virus y pruebas serológicas, pudiendo recurrir a la biopsia pulmonar y tecnología médica nuclear por métodos no invasivos; otra forma sería tratando de disminuir la inmunosupresión.

La mayoría de las infecciones por CMV son debida a la reactivación de virus endógenos. Data sugestiva documentada por la presencia de anticuerpos indirectos inmunofluorescentes previo al trasplante, arrojan una incidencia mayor significativa de infecciones por CMV en pacientes que previamente habían sufrido dicha infección, a diferencia de aquellos pacientes que nunca la han tenido. Además, infecciones sintomáticas a CMV ocurren con frecuencia similar en receptores CON y SIN anticuerpos CMV pre-trasplantes, sugiriendo la posibilidad de que las reinfecciones pueden ser tan virulentas como las infecciones primarias, basado en el hecho de que los anticuerpos por sí solos no dan la suficiente protección y las funciones inmunológicas mediadas por la célula se encuentran en un nivel crítico cuando son portadoras del huésped del CMV. Esta data contrasta con la de otros centros en los cuales infección por CMV primaria han sido reportadas como más severas que una reinfección.

Hasta la fecha no existe tratamiento alguno para la in-

fección por CMV. Adenina Arabinoside no ha sido efectiva en dicha infección. Una manera posible de prevenir CMV sería vacunando al paciente previo al trasplante, siendo dicha vacuna a base de CMV vivo atenuado, la cual despierta ambas inmunidades celular e humoral en pacientes adultos que carecían de anticuerpos CMV antes de la vacunación. Actualmente, y bajo investigación, está una prueba de la vacuna ("double-blind") en pacientes con trasplantes renales en U.S.A.

RELACION DE ANTICUERPO PRE-TRANSPLANTE A INFECCION CMV POST-TRANSPLANTE*

Resultados	No. de Pacientes con Anticuerpo CMV en el Transplante +	No. (o/o) de Receptores Infectados	No. (o/o) de Receptores con Síndrome CMV ‡
Negativo	17	8 (47)	6 (35)
Positivo	26	22 (85)	8 (31)
TOTAL	43	30 (70)	14 (33)

Data obtenida de pacientes con homoinjerto renal en la Universidad de Minnesota, Minneapolis, desde 1974 á 1976.

Medidos por técnica de inmunofluorescencia indirecta. Negativo 10; Positivo 10.

Síndrome CMV es definido como fiebre y leucopenia; puede incluir neumonía, hepatitis, y/o encefalitis.

Angel E. Garrido

REPORTE DEL RADIOLOGO

Viene de la Página 78

DIAGNOSTICO: Disostosis Cleido-Craneal.

HALLAZGOS RADIOGRAFICOS MAS IMPORTANTES DE LAS RADIOGRAFIAS EXPUESTAS

Radiografías 1, 2 y 3

Marcada separación de suturas y fontanelas de la bóveda craneal, numerosos huesos wormianos a nivel de la bóveda craneal y ausencia bilateral de clavículas.

Radiografías 4, 5 y 6

Persistencia muy notoria de la fontanela anterior de la bóveda craneal, persistencia de la sutura metópica del hueso frontal, numerosos huesos wormianos a nivel de la bóveda craneal y clavículas rudimentarias, sobre todo la clavícula derecha.