

10. Markowitz GS, Perazella MA. Acute phosphate nephropathy. *Kidney Int* 2009;76(10):1027-34.

**P. Santos<sup>1</sup>, A. Branco<sup>1</sup>, S. Silva<sup>1</sup>, A. Paiva<sup>1</sup>, J. Baldaia<sup>1</sup>, J. Maximino<sup>1</sup>, A. Loureiro<sup>1</sup>, R. Henrique<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Nephrology Unit. Internal Medicine Department. Pedro Hispano Hospital. Matosinhos (Portugal).

<sup>2</sup> Department of Pathology. Portuguese Institute of Oncology. Porto (Portugal).

**Correspondence:** P. Santos

Nephrology Unit. Internal Medicine Department. Pedro Hispano Hospital. Matosinhos. Portugal. paulo.ads@gmail.com

### Infección por parvovirus B<sub>19</sub>: diagnóstico y tratamiento en un paciente sometido a trasplante renal

*Nefrología* 2010;30(6):704

doi:10.3265/Nefrología.pre2010.Jul.10429

#### Sr. Director:

Se sabe que la incidencia de enfermedad por parvovirus B<sub>19</sub> tiene una incidencia del 2% después del trasplante de órganos sólidos. El parvovirus B<sub>19</sub> es un eritrovirus de la familia *Parvoviridae* que se replica preferentemente en los precursores de los eritrocitos humanos. Clínicamente se presenta con fiebre, artralgias y exantema en un 25, 7 y 6%, de los casos, respectivamente, y la anemia es el signo de mayor expresión en los pacientes (99%). No puede confiarse en el diagnóstico de la infección por serología (IgM e IgG) debido a la demora e inadecuada respuesta inmune mediada por anticuerpos en inmunocomprometidos. El uso de reacción de cadena de polimerasa (PCR) mejoró la detección de infección por *parvovirus B<sub>19</sub>*, y su valor predictivo positivo de PCR positiva en huésped inmunocomprometido es mayor cuando se acompaña de aplasia de células rojas. Si la se-

rología y la PCR son negativas, el estudio de la médula ósea con hibridación *in situ* e inmunohistoquímica podrían aclarar el diagnóstico. No existe en la actualidad descripción de tratamientos con fármacos antivirales. Sin embargo, pudo demostrarse un efecto beneficioso de las inmunoglobulinas administradas a altas dosis (IVIG) en receptores de trasplante renal para dicha infección. La dosis óptima y el tiempo de la terapia no se han establecido, ya que algunos pacientes requieren cursos adicionales del fármaco. Además, es prioritario disminuir la inmunosupresión.

Se describe el caso de un paciente hombre de 36 años de edad con diagnóstico de insuficiencia renal crónica de etiología desconocida. Ingresó para hemodiálisis en 2008 y posteriormente recibe trasplante renal de donante cadáver de 9 años de edad con antecedente de traumatismo craneoencefálico (TEC), en enero de 2010. Recibe tratamiento de inducción con timoglobulina, corticoides y micofenolato sódico. El mantenimiento se lleva a cabo con tacrolimus, deltisona y micofenolato sódico. Recibe profilaxis con ganciclovir para citomegalovirus (CMV) y trimetoprima-sulfametoxazol (TMP-SMXZ) para PCP. Presenta como complicación, al tercer día posterior al trasplante, una fístula urinaria, corregida quirúrgicamente. Dos semanas después de este evento cursa con síndrome diarreico asociado a micofenolato y anemia severa (Hcto 19%) normocítica, normocrómica con reticulopenia, sin alteraciones en la serie de glóbulos blancos y plaquetas Combs negativas. Presenta un alto requerimiento de transfusiones por síndrome anémico sintomático. En febrero de 2010 presenta síndrome febril e infección urinaria por *Acinetobacter* sp., por lo que recibe por sensibilidad tratamiento con amikacina. El paciente continúa con síndrome anémico con las mismas características descritas, asociado con artralgias y mialgias. Se solicita perfil ferrocinético con parámetros normales. Se aumenta la dosis máxima de eritropoyetina, sin respuesta. Se evalúan: SOMF y examen parasitológico seriado de materia fecal, que fueron ne-

gativos. Se realizan endoscopia alta y baja sin evidencia de hemorragia, vídeo por endocápsula: s/p, evaluación hematológica con frotis y PAMO: hipoplasia de serie eritroide sin alteraciones de serie blanca y plaquetas. Dosaje de anticuerpos IgG e IgM para parvovirus B<sub>19</sub> negativos y PCR para parvovirus B<sub>19</sub> positiva. Se indica tratamiento con IVIG 400 mg/kg/día (30 g/día) durante 5 días. Se suspende el micofenolato sódico. La función renal se mantiene estable (creatininas promedio 1,4 mg/dl); 10 y 14 días después del tratamiento presenta aumento del Hcto (35 y 38%) y reticulocitos. La PCR para parvovirus de control (8 semanas posteriores al tratamiento) es negativa. Se mantiene la inmunosupresión con tacrolimus y deltisona. Se seguirá con controles periódicos con ADN-PCR.

1. Eid A, et al. Parvovirus B<sub>19</sub> in Solid Organ Transplant Recipients. *Am J Transplant* 2009;9(Suppl 4):S147-S150.
2. Manaresi E, et al. Diagnosis and quantitative evaluation of parvovirus B<sub>19</sub> infections by real-time PCR in the clinical lab. *J Med Virol* 2002;67:275-81.

**L.R. León, D. Curcio, D. Casadei**

Servicio de Nefrología y Trasplante Renal. Nephrology S.A. Caba. Buenos Aires (Argentina)

**Correspondencia:** L.R. León

Servicio de Nefrología y Trasplante Renal, Nephrology S.A., Cabello 3889, 1425, Caba, Buenos Aires, Argentina. lleon@intramed.net

### Tuberculosis diseminada con abscesos esplénicos en hemodiálisis

*Nefrología* 2010;30(6):704-6

doi:10.3265/Nefrología.pre2010.Aug.10617

#### Sr. Director:

Los pacientes en hemodiálisis presentan mayor predisposición al desarrollo de infecciones por la existencia de alteraciones en la respuesta inmunológica