

PARVOVIRUS B19 Y ANEMIA FETAL GRAVE.

Guijarro Campillo, A. R.; García Hernández C. M.; Peñalver Parrés, C; Pertegal Ruiz, M; Macizo Soria, M; Hernández Hernández, L; De Paco Matallana, C.

Unidad de Medicina Fetal - Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

INTRODUCCIÓN.

La mayoría de infecciones por parvovirus B19 (PVB19) cursan asintomáticas o discreta clínica (eritema, poliartropatía, reticulopenia...) en adultos y niños sanos. En el embarazo su transmisión vertical ocasiona efecto citopático sobre las células precursoras de eritrocitos, anemia severa con hidrops y fallo cardíaco con resultados fatales a nivel fetal (1). Presentamos el caso de una gestante que en su control de la semana 20 se observó hidrops fetal con otros signos de anemia grave que se atribuyó a la infección del PB19. Tratándose mediante transfusiones sanguíneas intraútero con resultado muy satisfactorio.

DESCRIPCIÓN DEL CASO.

Paciente de 34 años, cuartigesta con 3 partos previos. Siendo una gestación de captación tardía. No acudió a su cita de control ecográfico de la semana 12. En la visita de la semana 20 + 4 días se observa en la biometría fetal una longitud femoral (LF) de 26,6 mm (por debajo del percentil 5 (p5)) con el resto de parámetros normales. En la anatomía fetal se aprecia un hidrotórax, con derrame pericárdico y ascitis severa (imagen 2-3). Con respecto al Doppler se calcula una velocidad máxima (Vmax) de la Arteria Cerebral Media Derecha (ACM D) de 44.4 cm/s indicativa de anemia fetal severa (Tabla 1, imagen 1). Se toma conducta de despistaje de patología infecciosa y plantear transfusión fetal intraútero, derivándose a Centro de Referencia para tal fin.

En seguimiento posterior a las 21 semanas + 5 días, tras transfusión intraútero previo diagnóstico confirmado mediante Reacción en Cadena de Polimerasa (PCR) en líquido amniótico (LA) se observa clara mejoría con Vmax ACM normal y parámetros biométricos adecuados a la edad gestacional. Aunque aún continuaron observándose signos de ascitis.

Se fueron realizando controles estrechos semanales donde se advirtió la resolución de los signos de hidrops y parámetros acorde a una gestación normal. El parto tuvo lugar sin incidencias en la semana 40 y 6 días, naciendo de forma eutócica una mujer de 3560 g con buen Apgar.

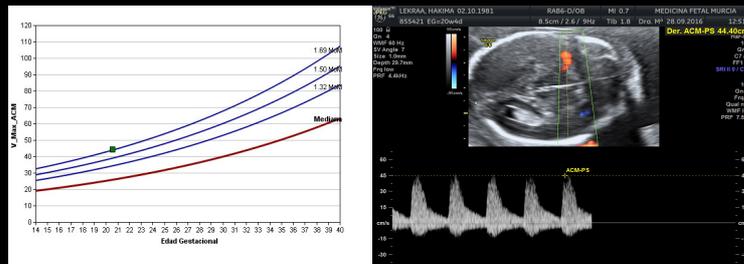


Tabla 1.

Imagen 1.

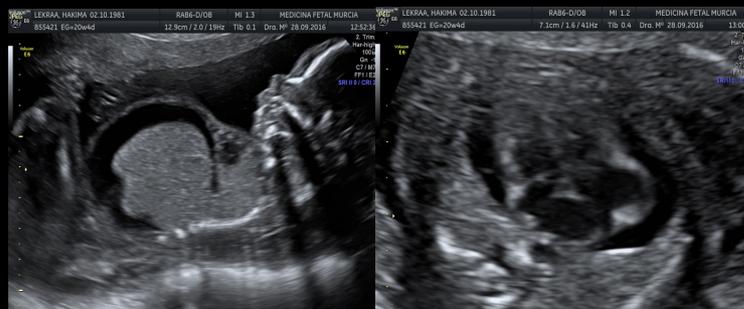


Imagen 2.

Imagen 3.

JUSTIFICACIÓN Y DISCUSIÓN.

Incluso con una incidencia tan baja (3.3-3.8%)(2) de infección por PVB19 durante la gestación, ésta debe tenerse en cuenta ya que el cuadro agudo puede pasar inadvertido en la gestante y aunque no esté demostrada su asociación con malformaciones fetales, si repercute en la morbilidad perinatal. Su diagnóstico pasa por la sospecha del mismo ante posible contacto, clínica o signos ecográficos, ya que el screening generalizado no está indicado. Se determinan los niveles de inmunoglobulinas (Ig) M y G en sangre materna (Tabla 2) con una sensibilidad diagnóstica de entre el 80-90 % (3,4), asociado sólo si es necesario o si se realiza la amniocentesis para la terapia intraútero, como el presente caso, con PCR del DNA-virus en LA (de elección) o suero (no exenta de riesgos de pérdida fetal) para confirmación de infección fetal. Uno de los principales signos ecográficos diagnósticos de anemia grave es la Vmax ACM, con una sensibilidad y especificidad del 83-100% y 93-100% respectivamente (5-7). Otros signos de infección por PVB19 son aumento de grosor placentario y ecogenicidad intestinal, aumento de translucencia nucal en el primer trimestre y alteraciones del líquido amniótico (8). Las anemias leves y moderadas pueden ser bien toleradas y no requerir una actitud activa, sin embargo una anemia grave como la presente precisa de transfusión fetal (a partir de la semana 20 por visualización limitada de estructuras) evitando a veces la muerte intraútero, del 55% sin transfusión, al 82% tras la misma(9). El pronóstico fetal empeora cuando, como en nuestro caso, se presenta hidrops fetal y cuanto menor es la edad gestacional (muerte intraútero; primer trimestre 13%, segundo 9%, tercero 0%)(10).

Ig M	Ig G	Interpretación
-	+	Infección pasada con inmunidad materna. No riesgo fetal.
-	-	No infección ni inmunidad. Riesgo contagioso. Si infección reciente repetir en 2-4 semanas. En tal caso podría indicarse PCR del virus.
+	-	Infección muy reciente o falso positivo. Repetir en 1-2 semanas. En caso de infección Ig G se positivizará.
-	+	Infección reciente. Teniendo en cuenta que la Ig M puede permanecer elevadas hasta 6 semanas después del contagio debe realizarse segunda determinación para demostrar la presencia de seroconversión.

Tabla 2.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Brown KE, Anderson SM, Young NS. Erythrocyte P antigen: cellular receptor for B19 parvovirus. *Science* 1993; 262:114.
- Redis JF, Quinn DL, Gary CW Jr, et al. Management and outcomes of pregnancies complicated by human B19 parvovirus infection: a prospective study. *Am J Obstet Gynecol* 1990; 163:1168.
- Schwarz TF, Jäger G, Gilch S. Comparison of seven commercial tests for the detection of parvovirus B-19 specific IgM. *Zentralbl Bakt* 1997; 285:525.
- Crane J, Mundell W, Bouçoiran I. Parvovirus B19 Infection in Pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can*, 2014;36:110716.
- Borna S, Mirzaie F, Hanthoush-Zadeh S, Khaszardoust S, Rahimi-Sharbat F. Middle cerebral artery peak systolic velocity and ductus venous velocity in the investigation of nonimmune hydrops. *J Clin Ultrasound*. 2009;37:385-8.
- Bizjak C, Blondin D, Hammer R, et al. Acute infection with parvovirus B19 in early pregnancy. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2009; 34:234.
- Borna S, Mirzaie F, Hanthoush-Zadeh S, et al. Middle cerebral artery peak systolic velocity and ductus venous velocity in the investigation of nonimmune hydrops. *J Clin Ultrasound* 2009; 37:385.
- De Jong EP, Walther FJ, Kroes AC, Oepkes D. Parvovirus B19 infection in pregnancy: new insights and management. *Prenat Diagn*.2011;31:419 - 25.
- Von Kaisenberg CS, Jonat W. Fetal parvovirus B19 infection. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2001; 18:280.
- Enders M, Weidner A, Zoellner J, et al. Fetal morbidity and mortality after acute human parvovirus B19 infection in pregnancy: prospective evaluation of 1018 cases. *Prenat Diagn* 2004; 24:513.