



## Manifestaciones atípicas de la infección por parvovirus B19

P. C. Morales Betancourt<sup>a</sup>, R. Pérez Crespo<sup>a</sup>, J. M. Avilla Hernández<sup>b</sup>, A. Cervera Bravo<sup>b</sup>

<sup>a</sup>MIR-Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles. Madrid. España

• <sup>b</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Móstoles. Móstoles. Madrid. España.

Publicado en Internet:  
18-mayo-2015

Paola Catalina Morales Betancourt:  
kticamorales@gmail.com

### Palabras clave:

- Parvovirus B19
- Trombopenia
- Edema pulmonar

### Resumen

La principal manifestación de la primoinfección por parvovirus B19 suele ser el eritema infeccioso. La mayoría de las infecciones ocurren durante la infancia y la adolescencia, con una seroprevalencia cercana al 50% a los 20 años de edad. Aunque la infección primaria suele ser leve y de resolución espontánea, en ocasiones puede presentarse de forma atípica, en forma de artropatía, citopenias o distrés respiratorio.

## Unusual presentations of parvovirus B19 infection

### Key words:

- Parvovirus B19
- Thrombocytopenia
- Pulmonary edema

### Abstract

The most common clinical feature of parvovirus B19 primary infection is the erythema infectiosum. Most of the infections occur during childhood and adolescence, the seroprevalence is approximately 50% at 20 years of age. Although the primary infection is mild and self-limited, there are unusual presentations, such as arthropathy, cytopenias or acute lung injury.

## INTRODUCCIÓN

La infección por el parvovirus B19 suele ser leve o asintomática y de curso autolimitado en pacientes inmunocompetentes.

Aunque en niños su manifestación más característica es el eritema infeccioso o “quinta enfermedad”, se ha relacionado con múltiples enfermedades que varían desde el eritema infeccioso (fase de convalecencia), al *hydrops fetalis*, citopenias autolimitadas o graves o crisis aplásicas en anemias hemolíticas (fase de viremia)<sup>1,2</sup>.

Son las manifestaciones atípicas de la enfermedad las de difícil diagnóstico, ya que requieren de un alto índice de sospecha<sup>3,4</sup>. Presentamos dos casos de primoinfección por parvovirus B19 de presentación atípica.

## CASO 1

Niña de un mes y medio de vida que presenta fiebre (38 °C) de 48 horas de evolución e irritabilidad, mucosidad nasal asociada; a la exploración presentaba exantema eritematoso de pequeños elementos y el resto de la exploración normal.

**Cómo citar este artículo:** Morales Betancourt PC, Pérez Crespo R, Avilla Hernández JM, Cervera Bravo A. Manifestaciones atípicas de la infección por parvovirus B19. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015;17:155-7.

En una analítica inicial: leucocitos 6310/ $\mu$ l (segmentados 67%, cayados 6%, linfocitos 19%, monocitos 8%), hemoglobina (Hb) 10,9 g/dl, hematocrito (Hto) 29,6%, plaquetas 492 000/ $\mu$ l, proteína C reactiva (PCR) 8,9 mg/l. Se realiza punción lumbar: glucosa 51,3 mg/dl, proteínas 133,9 mg/dl (líquido hemorrágico).

Dada la sospecha de infección bacteriana grave, se ingresa para tratamiento antibiótico intravenoso con cefotaxima y ampicilina (200 mg/kg/día), agregando en las siguientes 24 horas aciclovir (60 mg/kg/día) para cubrir el virus herpes simple. Febril a las 48 horas. Al cuarto día presenta irritabilidad, mal color y estado general, con persistencia de exantema evanescente, y dificultad respiratoria; se realiza analítica de control con hallazgo de: leucocitos 2670/ $\mu$ l (segmentados 31%, cayados 3%, linfocitos 47%, linfocitos atípicos 5%, monocitos 11%), reticulocitos 0,66%, Hb 8,0 g/dl, Hto 25,3%, plaquetas 131 000/ $\mu$ l. Gasometría capilar: pH 7,32,  $PCO_2$  43,3 y  $HCO_3$  21,8 mmol/l. Radiografía de tórax (Fig. 1): infiltrados alveolointersticiales bilaterales, más llamativos en el lado izquierdo, sugestivos de edema agudo de pulmón. Ante el hallazgo de pancitopenia, se extraen muestras para serología de parvovirus y enterovirus, así como de gripe A. Se inicia oxigenoterapia de alto flujo y se traslada a la unidad de cuidados intensivos pediátricos de un hospital terciario, donde permaneció cinco días.

Los anticuerpos inmunoglobulina M (IgM) para parvovirus B19 son positivos e IgG negativos, con lo cual se hace diagnóstico de infección por parvovirus B19, insuficiencia respiratoria y pancitopenia asociada. La paciente presenta mejoría progresiva al quinto día de ingreso, y se da el alta al duodécimo día sin complicaciones posteriores. El hermano de la niña presenta posteriormente eritema infeccioso.

## CASO 2

Niña de 11 años de edad que presenta astenia, pérdida de peso y fiebre de 13 días de evolución, presentando todos los días picos febriles, sin pauta

**Figura 1.** Radiografía de tórax. Infiltrados alveolointersticiales diseminados. Edema agudo de pulmón



horaria fija. A la exploración presenta hábito asténico (peso  $P_{3-10}$ ) y mucosidad espesa y blanquecina en el *cavum*, con el resto de la exploración normal. En la analítica al ingreso: leucocitos 4060/ $\mu$ l (segmentados 59%, cayados 6%, linfocitos 33%, monocitos 2%), Hb 13,3 g/dl, Hto 38%, plaquetas 25 000/ $\mu$ l. En el frotis se observan hematíes en casco, linfocitos activados y vacuolización de neutrófilos; PCR 58,1 mg/l (88,2 mg/l, en una visita a urgencias dos días antes); proteinuria en el sedimento de orina. Se ingresa con tratamiento de amoxicilina-clavulánico intravenoso ante los hallazgos en el frotis y la elevación de los reactantes de fase aguda. Permanece afebril desde el segundo día de ingreso. Durante su ingreso presenta micropetequias en miembros inferiores y dorso de los pies el segundo día, así como sangrado de mucosa oral el tercer día; ante estos hallazgos y por presentar al cuarto día un control analítico 8000 plaquetas/ $\mu$ l, se decide poner una dosis de gammaglobulina, con adecuada respuesta al tratamiento, presentando mejoría clínica y aumento de cifra de plaquetas hasta 16 000/ $\mu$ l (Fig. 2).

Se realiza estudio de fiebre sin foco de larga evolución, con IgM parvovirus B19 positivo, haciéndose diagnóstico de infección por parvovirus B19, plaquetopenia secundaria y leve proteinuria, con resto de función renal normal.

Figura 2. A la izquierda: lesiones petequiales de pequeño tamaño no confluentes en pies. A la derecha: lesiones petequiales de pequeño tamaño no confluentes en piernas



## DISCUSIÓN

La clínica predominante en el primer caso es la dificultad respiratoria y no se sospechó la infección por parvovirus hasta la aparición de la pancitopenia. La ausencia de IgG protectora de la madre permitió la infección a esa edad temprana. Aunque el parvovirus B19 produce más frecuentemente manifestaciones cutáneas, debemos recordar que puede producir también afectación de otros órganos, así como afectación pulmonar con insuficiencia respiratoria descrita previamente en el contexto de pacientes con anemia falciforme<sup>5</sup>.

En el segundo caso, las petequias y la trombopenia se presentaron en la fase tardía de la infección. El síntoma cardinal por el que se hace el diagnóstico es la fiebre prolongada.

En conclusión, aunque el eritema infeccioso y la anemia son las manifestaciones más frecuentes de esta infección, debemos recordar que dentro de su fisiopatogenia existe un espectro cada vez más amplio de manifestaciones clínicas menos frecuentes, algunas excepcionales<sup>6</sup>, que deben tenerse en cuenta en nuestros diagnósticos diferenciales.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

## ABREVIATURAS

**Hb:** hemoglobina • **Hto:** hematocrito • **IgG:** inmunoglobulina G • **IgM:** inmunoglobulina M • **PCR:** proteína C reactiva.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Heegaard E, Brown K. Human parvovirus B19. *Clin Microbiol Rev.* 2002;15:485-505.
2. Broliden K, Tolfvenstam T, Norbeck O. Clinical aspects of parvovirus B19 infection. *J Intern Med.* 2006; 260:285-304.
3. Lunardi C, Tinazzi E, Bason C, Dolcino M, Corrocher R, Pucceti A. Human parvovirus B19 infection and autoimmunity. *Autoimmun Rev.* 2008;8:116-20.
4. Servey JT, Reamy BV, Hodge J. Clinical presentations of parvovirus infection. *Am Fam Physician.* 2007;75: 373-6.
5. Miller ST. How I treat acute chest syndrome in children with sickle cell disease. *Blood.* 2011;117:5297-305.
6. García-Salido A, Serrano A, Iglesias-Bouzas MI, Blanco-Iglesias E, Hernández-Martín A, Casado-Flores J. Niño sano con respuesta inflamatoria sistémica y shock séptico por parvovirus B19. *An Pediatr (Barc).* 2014;80:269-70.