

## INFECCIÓN POR ADENOVIRUS EN TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA. EXPERIENCIA DE NUESTRO CENTRO

L. Moratalla<sup>a</sup>, M. Jurado<sup>a</sup>, E. López<sup>a</sup>, P. Garrido<sup>a</sup>, E. Pérez<sup>a</sup>, C. Sánchez<sup>a</sup>, L. Entrena<sup>a</sup>, A. Romero<sup>a</sup>, J.M. de Pablos<sup>a</sup>, A. Moratalla<sup>a</sup> y J.M. Navarro<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Hematología. <sup>b</sup>Servicio de Microbiología H.U. Virgen de las Nieves. Granada.

**Introducción:** La infección por adenovirus es una complicación severa en el periodo postrasplante con una incidencia del 5% y una mortalidad del 26%. Se presenta entre la 8 y la 12 semana, pudiendo afectar al tracto urinario, pulmón, hígado e intestino. Los factores de riesgo para la diseminación de la infección son: trasplante alogénico, presencia de EICH y terapia inmunosupresora. Presentamos cinco casos de nuestro centro de infección por adenovirus en pacientes sometidos a trasplante de precursores hematopoyéticos (TPH).

**Material y métodos:** Se han analizado cinco casos de infección por adenovirus en pacientes sometidos a TPH, estimándose el 1% de nuestra casuística. Las patologías de base eran leucemia aguda mieloblástica (2), aplasia medular (1) y enfermedad de Hodgkin (2). La edad media era de 36 años (Rango: 18-50). Los tipos de trasplante empleados fueron 2 autólogos, con acondicionamientos de TBI-ciclofosfamida y busulfán-ciclofosfamida respectivamente, y 3 alogénicos con acondicionamientos de intensidad reducida con fludarabina-melfalán (2) y mieloablativo con TBI-ciclofosfamida (1). La profilaxis para la EICH se realizó con metrotexate + ciclosporina en los 3 casos. Se usó como tratamiento ribavirina intravenosa, la misma forma farmacéutica que por vía inhalatoria, reconstituyendo el vial de 6 gramos con agua para inyección, obteniéndose una unión que es químicamente estable durante 24 horas a 20-30° C. De aquí se toma la parte alícuota necesaria y se diluye con cloruro sódico al 0,9% o glucosado al 5%.

**Resultados:** Las infecciones por adenovirus fueron todas sintomáticas: tres cistitis hemorrágicas (una de ellas con nefritis asociada), una neumonitis y una enteritis. Los días de presentación fueron: +10, +18, +29, +49 y +75. Las infecciones fueron diagnosticadas por cultivo de la mucosa vesical, coprocultivo y cultivo de la mucosa bronquial obtenido por lavado broncoalveolar respectivamente. Los pacientes con cistitis hemorrágica (n=3) recibieron en 2 casos ribavirina y un caso recibió en primer lugar cidofovir, y por falta de respuesta ribavirina y ganciclovir. En los pacientes con afectación extravesical (1 neumonitis y 1 enteritis) se administró ribavirina y cidofovir respectivamente. La dosis de ribavirina empleada osciló entre los 15 y 25 mg/kg/día, con una duración entre los 8 y los 11 días. La dosis de cidofovir fue de 5 mg/kg/semana. El curso clínico fue favorable desapareciendo la sintomatología y negativizándose los cultivos en todos los casos, menos en un paciente, que presentó una cistitis refractaria a tres antivirales diferentes, evolucionando tórpidamente

**Conclusiones:** A la vista de los resultados podemos considerar los siguientes aspectos: 1. La incidencia en nuestro centro de esta infección es inferior a lo comunicado en la literatura, aunque presentamos una mortalidad similar (20%). 2. Aunque el tratamiento estándar no está bien establecido, consideramos que la ribavirina es una alternativa terapéutica válida.