

¿Y SI EL VEB ES EL CULPABLE?: PANCITOPENIA SIN CAUSA APARENTE EN PACIENTE DE 60 AÑOS

Javier Lopez-Muiba¹, Sebastian Mundaca-Ovalle²

1. No, 2. Si

INTRODUCCIÓN La infección crónica activa por VEB, infrecuente y potencialmente mortal, causa infección persistente de linfocitos T o NK con efectos negativos para el sistema inmunológico, puede simular síndrome linfoproliferativos, hepatoesplenomegalia y pancitopenia, puede presentar formas agresivas en adultos previamente considerados inmunocompetentes. El diagnóstico requiere alta sospecha clínica y la demostración de infección persistente por VEB en células T/NK, CV elevada y exclusión de otras causas. **PRESENTACION CLINICA** Paciente mujer de 60 años con Antecedentes de; HTA, DM no IR, Hipotiroidismo, Obesidad mórbida, resección de Quiste Hidatídico hepático. Consulta en noviembre 2024; por cuadro de equimosis en extremidades sin mediación traumática, epistaxis masiva que amerita taponamiento anterior, examenes con trombocitopenia severa, Test de COMBS (+). inician soporte transfusional, Corticoterapia empírica **CONDUCTA Y EVOLUCION** TC TAP con adenopatías retroperitoneales, Serología HIV, VHB y VHC (-), PCR TB (-) Hemocultivos periféricos (-) y UC (+) E. Coli MS, Se plantea SLP y se toma BP de Ganglio; linfadenitis reactiva y Biopsia de MO Normo celular (40%). Estudio Carencial Normal, Evoluciona con pancitopenia, PCR Viral (+) para VEB, C.V. Inicial 196880 Copias, evoluciona con pancitopenia profunda. hiperferritinemia y fiebre por lo que se plantea síndrome Hemofagocítico, se inicia dosis alta de dexametasona y Aciclovir con resolución parcial y alta hospitalaria, antes de los 30 días reingresa con HDB, se realiza Colonoscopia con sangrado abundante y micro ulceras, PCR 11 virus VEB (+) se asocia CMV en la 2º hospitalización, inicia ganciclovir, se traslada a UCI con F.O.M. y posterior fallecimiento **PREGUNTAS CLAVES** ¿Cuándo plantear como diagnóstico una infección crónica por VEB? ¿Qué herramientas tenemos en nuestro medio para tener certeza diagnóstica? ¿Qué tratamientos tenemos hoy en día? **CONCLUSIONES** La infección crónica activa por el virus de Epstein-Barr, es infrecuente, pero con implicancias clínicas graves, especialmente cuando se presenta en pacientes adultos inmunocompetentes. El hallazgo de una viremia significativa por VEB mediante PCR y Carga Viral, citopenias progresivas, hiperferritinemia y disfunción multiorgánica, pudo orientar el diagnóstico hacia infección crónica activa por VEB, con probable evolución hacia un síndrome hemofagocítico secundario. La evolución tórpida del cuadro, con infecciones oportunistas asociadas, demuestra el impacto inmunosupresor progresivo que puede desarrollar esta entidad. A pesar del tratamiento con antibióticos de amplio espectro, antivirales, esteroides a altas dosis, y medidas de soporte en UCI, evolucionó con FOM con un desenlace fatal, poniendo en evidencia dificultades desde el abordaje diagnóstico; confirmar la infección en células T o NK requiere estudios de citometría de flujo y EBER-ISH y en el tratamiento hay casos descritos donde se realizó trasplante de MO con fines curativos.