

# INFECCIÓN FETAL POR CITOMEGALOVIRUS: A PROPOSITO DE UN CASO

Parra Sánchez, L.; Ortega Suárez, D.; Lopez Silvestre, MF.; Martín Pérez, J.; Martínez García, M.; Martínez Rivero, I.; Jodar Pérez, MA.; García Izquierdo, O.

## INTRODUCCIÓN

El Citomegalovirus (CMV) es el principal causante de morbimortalidad infantil de origen congénito. De los neonatos sintomáticos el 4% fallece y el 90% tendrá lesiones, neurológicas principalmente. Hallazgos ecográficos de la infección congénita por CMV:

- **Anomalías del sistema nervioso central (SNC):** Las alteraciones más frecuentes incluyen microcefalia, calcificaciones intracraneales, ventriculomegalia y agenesia del cuerpo caloso.
- **Alteraciones hepáticas y esplénicas:** La hepatoesplenomegalia es un hallazgo común.
- **Anomalías placentarias:** como calcificaciones o aumento de su grosor.

Para el diagnóstico, las gestantes con seroconversión demostrada o anticuerpos IgM+ son candidatas a realizar amniocentesis. El tratamiento con Valaciclovir en fetos infectados por CMV disminuye a la mitad los recién nacidos sintomáticos.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestante de 17+3 semanas con hallazgo de ascitis fetal y sospecha de anemia fetal severa (velocidad picosistólica de ACM > 1.5 MoM).

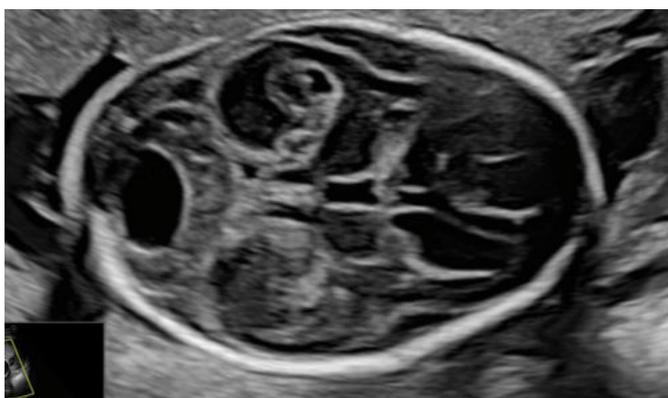
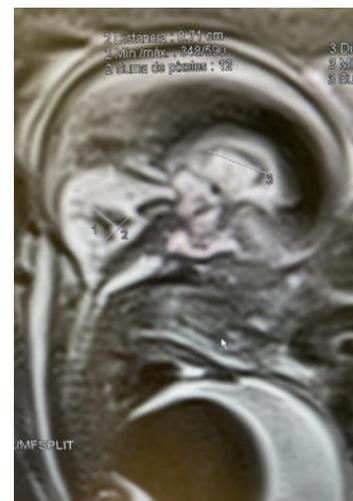
**Serología CMV:** IgG+, avidéz baja, IgM+ ; **Amniocentesis:** PCR positivo para CMV: 166.137 Ui/mL. QFPCR: normal, XX. **Diagnóstico:** Infección por CMV. **Tratamiento:** Valaciclovir 2g/6h.

**Ecografía abdominal 21+1 sg:** feto en podálica con AC+, placenta anterior, placentomegalia (5.6mm), oligoamnios. Biometría: PFE 492g. Doppler: AU IP: 1.12, AU Percenti: p25, ACM V. Max: 60.0, V Max ACM 60 cm/sg (2.25 MOM.) ANEMIA FETAL SEVERA.

**Neurosonografía fetal 21+1 sg:** Dolicocefalia marcada. Colpocefalia a expensas de astas frontales. Cuerpo caloso hipoplásico. Comunicación entre 4º ventrículo y cisterna cerebelomedular, con hipoplasia de vermis. Focos de hemorragia cerebral. Alteración de patrón de sulcación.

**RMN fetal:** Necrosis cortical laminar difusa con calcificaciones asociadas, hemorragia de la matriz germinal, ventriculomegalia asimétrica e hipoplasia de vermis.

En este caso se observó a las 23+2 semanas en la ecografía de control una ascitis masiva que produjo una hipoplasia pulmonar severa. Tras esto, y ante el mal pronóstico fetal, la pareja decidió ILE.



## CONCLUSIONES

El diagnóstico prenatal temprano de la infección por CMV es esencial para el manejo adecuado de la gestación y la planificación de intervenciones postnatales que puedan mejorar los resultados en los recién nacidos afectados. Ante el hallazgo de alteraciones ecográficas indicativas, hay que descartar la infección materna y establecer el grado de afectación fetal.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Collados Navas, R., y J. Casado García. «Infección congénita por citomegalovirus: la gran desconocida». *SEMERGEN - Medicina de Familia* 37, n.o 10 (diciembre de 2011): 549-53. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2011.08.005>
2. Izquierdo, Giannina, Alejandra Sandoval, Ferrnando Abarzúa-Camus, Macarena Silva, Juan P. Torres, Masami Yamamoto, Juan G. Rodríguez, et al. «Recomendaciones para el diagnóstico y el manejo de la infección por citomegalovirus en la mujer embarazada y el recién nacido». *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 88, n.o 6 (15 de enero de 2024): 7978. <https://doi.org/10.24875/REC-OBG.M2100038>
3. Aguilera, Susana, y Sergio De La Fuente. «Infección congénita por citomegalovirus. nuevos desafíos en la práctica clínica». *Revista Médica Clínica Las Condes* 34, n.o 1 (enero de 2023): 75-83. <https://doi.org/10.1016/j.rmcc.2023.01.002>