



Figura 1. Lesiones purpúricas palpables en zonas de flexión, torso, pies y muñecas que presentaba el paciente a su llegada.

plaquetopenias moderadas¹⁰. El curso es generalmente benigno y el tratamiento habitualmente sintomático, con resolución en una o 2 semanas.

El diagnóstico consiste fundamentalmente en la presencia de la clínica típica junto con la evidenciación de uno de los agentes causales típicos. La detección de anticuerpos IgM anti-VB19 mediante ELISA es rápidamente detectable tras la infección aguda y permanecen detectables hasta 2-3 meses tras la infección, mientras que la IgG suele aparecer hacia el séptimo día de la enfermedad y mantenerse de por vida. En caso de dudas diagnósticas, la PCR cuantitativa en tiempo real puede servir para clarificar el diagnóstico. De persistir dudas en pacientes con IgM positiva e IgG negativa sería conveniente repetir la determinación pasadas unas semanas a fin de observar la seroconversión de la IgG. En el caso que presentamos no fue posible realizar dicha determinación seriada por no asistir el paciente a las revisiones en consulta externa, pero lo característico de las lesiones nos lleva a plantear el diagnóstico de SPPGC asociado a infección por PVB19.

Bibliografía

1. Veraldi S, Rizzitelli G. Erythematous exanthema associated with primary infection by human Parvovirus B19. *Int J Dermatol.* 1995;34:119–21.
2. Veraldi S, Rizzitelli G, Lunghi G, Cardone R. Primary infection by human parvovirus B19. *Dermatology.* 1993;186:72–4.
3. Kaufmann B, Alan A, Simpson AA, Rossman MG. The structure of human parvovirus B19. *PNAS.* 2004;32:11628–33.

4. Drago F, Semino M, Rampini P, Rebora A. Parvovirus B19 infection associated with acute hepatitis and a purpuric exanthema. *Br J Dermatol.* 1999;141:160–1.
5. Bock CT, Klingel K, Kandolf R. Human parvovirus B19-associated myocarditis. *N Engl J Med.* 2010;362:1248–9.
6. Prieto de Paula JM, Mayor-Toranzo E, Franco-Hidalgo S. Síndrome del túnel carpiano bilateral e infección por parvovirus B19. *Rev Clin Esp.* 2012;212:221–2.
7. Musiani M, Manaresi E, Gallinella G, Zerbinì M. Persistent parvovirus B19 infection resulting in carpal tunnel syndrome. *J Clin Pathol.* 2007;60:1177–8.
8. Harms M, Feldmann R, Saurat JH. Papular-purpuric gloves and socks syndrome. *J Am Acad Dermatol.* 1990;23:850–4.
9. Bagot M, Revuz J. Papular-purpuric gloves and socks syndrome: Primary infection with parvovirus B19? *J Am Acad Dermatol.* 1991;25:341–2.
10. Segura-Saint-Gerons R, Ceballos-Salobreña A, Gutierrez-Torres P, González-Ruiz A, Gavilan-Fernandez I, Martínez-Sahuquillo-Marquez A. Papular-purpuric gloves-and-socks syndrome. Presentation of a clinical case. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2007;12:E4–6.

Alberto Elena-González*, Cristina Lozano-Durán,
Pedro Cuadros-Tito y Luis Gete-García

*Servicio de Medicina Interna, Hospital Príncipe de Asturias,
Alcalá de Henares, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aelena83@hotmail.com (A. Elena-González).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.05.003>

Características de la infección aguda por el virus de la inmunodeficiencia humana en 3 áreas de salud de Castilla-La Mancha

Characteristics of acute human immunodeficiency virus infection in three areas of Castilla-La Mancha, Spain

Sr. Editor:

La OMS calcula que en el año 2010 el número de personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en el

mundo era de 34,0 millones, y que en ese año se habrían producido 2,7 millones de nuevas infecciones¹. Uno de los principales objetivos de las políticas de prevención es disminuir el tiempo entre el momento de infección y su detección evitando el diagnóstico tardío, que en nuestro país se produciría en torno al 50% de los nuevos casos^{2,3}. La sintomatología inespecífica de la infección aguda por el VIH dificulta su detección en la fase más precoz, especialmente si no se conoce la existencia de conductas de riesgo, y contribuye al retraso del diagnóstico. Por ello es importante conocer no solo las características clínicas de esta fase de la infección sino también

Tabla 1
Datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes diagnosticados de infección aguda

Caso	Sexo	Edad (años)	Origen	Modo de transmisión	Clínica	Hemograma	Bioquímica
1	M	23	España	Homo/bisexual	Faringoamigdalitis	Normal	Elevación ALT
2	M	31	España	Homo/bisexual	Faringo-amigdalitis	Linfocitosis	Normal
3	F	26	R. D. Congo	Heterosexual	Fiebre, diarrea	Leucopenia, neutropenia	Normal
4	M	30	España	Homo/bisexual	Fiebre, rash cutáneo, diarrea	Linfopenia, trombocitopenia	Elevación ALT, AST
5	F	48	España	Heterosexual	Fiebre, rash, cutáneo	Linfopenia	Elevación ALT, AST, LDH
6	M	31	España	Heterosexual	Fiebre, rash cutáneo	Leucopenia, linfopenia, trombocitopenia	Elevación ALT, AST, LDH
7	M	31	España	Homo/bisexual	Faringo-amigdalitis	Leucopenia, neutropenia, trombocitopenia	Normal
8	M	42	España	Heterosexual	Rash cutáneo	Normal	Normal
9	F	27	Mali	Heterosexual	Desconocido	Leucopenia, neutropenia, linfocitosis	Normal
10	M	25	España	Homo/bisexual	Fiebre, rash cutáneo, adenopatías	Leucopenia, trombocitopenia	Elevación ALT, AST, GGT

ALT: alanina aminotransferasa; AST: aspartato aminotransferasa; F: femenino; GGT: gamma glutamil transpeptidasa; LDH: lactato deshidrogenasa; M: masculino.

los hallazgos de laboratorio asociados a ella. Con este objetivo hemos revisado los hallazgos epidemiológicos, clínicos y analíticos de los casos de infección primaria por VIH diagnosticados entre los años 2009–2011 en el Hospital Virgen de la Luz de Cuenca, en el Hospital General Universitario de Guadalajara y en el Complejo Hospitalario de Toledo. En el estudio se incluyen los pacientes con hallazgos serológicos compatibles con infección aguda: 1) resultado positivo en prueba de cribado de cuarta generación (detección de anticuerpos anti-VIH 1/2 y antígeno p24); 2) perfil negativo o indeterminado en pruebas de confirmación; 3) detección de ARN del VIH-1 positiva en plasma, y 4) posterior aparición de reactividad completa en la prueba de confirmación.

Durante el periodo analizado se detectaron 10 pacientes con hallazgos serológicos compatibles con infección aguda. En la tabla 1 se resumen los datos demográficos, clínicos y analíticos de los pacientes. Los casos corresponden a 7 hombres y 3 mujeres con edades comprendidas entre 25 y 48 años (edad media, 31,4 años): 8 pacientes de nacionalidad española y 2 extranjeros. En los 10 casos la vía de transmisión fue sexual, y 5 de los varones presentaban antecedentes de relaciones sexuales con otros hombres.

Aproximadamente un tercio de pacientes no presentan sintomatología durante la primoinfección por el VIH⁴, y en los otros dos tercios la presentación clínica y los datos analíticos se caracterizan por su falta de especificidad y en ocasiones por su levedad. Nuestros datos concuerdan con los descritos previamente^{4,5}, con presencia de fiebre y exantema cutáneo como síntomas más frecuentes en 6 y 5 pacientes, respectivamente, aunque destaca la menor frecuencia de otros síntomas descritos, como faringoamigdalitis y linfadenopatía. La mayoría de los pacientes (8 de 10) presentaron alteraciones en el hemograma en el momento del diagnóstico: 5 con disminución del número total de leucocitos y 3 con trombocitopenia. En cuanto a las alteraciones bioquímicas, el dato más destacado fue la elevación de enzimas hepáticas (ALT y/o AST) en 5 pacientes de la serie.

La ausencia de un cuadro clínico característico dificulta el diagnóstico de la infección en su fase más temprana en un momento en que el riesgo de transmisión es muy alto debido a la elevada carga viral presente tanto en sangre como en secreciones genitales^{6,7}. Por ello, la detección de la infección aguda requiere un alto índice de sospecha y la investigación de la exposición a conductas de riesgo que no siempre es posible conocer⁴. En esta situación la confirmación del diagnóstico de forma rápida y segura depende del conocimiento de la evolución de los marcadores de la infección

y de la utilización de las pruebas de laboratorio adecuadas y su correcta interpretación. A pesar de las dificultades, el diagnóstico de la infección en su fase aguda disminuye el retraso en el diagnóstico y favorece la introducción de medidas terapéuticas y profilácticas que permiten disminuir el riesgo de transmisión, a la vez que mejoran el pronóstico del paciente^{8,9}.

Bibliografía

- HIV and AIDS statistics, by WHO and UNICEF regions, 2010. Disponible en: www.who.int/entity/hiv/data/tuapr2011_annex8_web.xls [consultado 10 Mar 2012].
- Carnicer-Pont D, Vives N, Casabona i Barbará J. Epidemiología de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana. Retraso en el diagnóstico. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:144–51.
- Vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA en España. Sistemas de información sobre nuevos diagnósticos de VIH y registro nacional de casos de SIDA (Actualización Nov 2011). Disponible en: www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/InformeVHSida-Junio.2011.pdf [consultado 5 Jun 2012].
- Zetola M, Pilcher CD. Diagnosis and management of acute HIV infection. *Infect Dis Clin N Am.* 2007;21:19–48.
- Miro JM, Sued O, Plana M, Pumarola T, Gallart T. Avances en el diagnóstico y tratamiento de la infección aguda por el VIH-1. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2004;22:643–59.
- Pilcher CD, Joaki G, Hoffman IF, Martinson FE, Mapanje C, Stewart PW, et al. Amplified transmission of HIV-1: comparison of HIV-1 concentrations in semen and blood during acute and chronic infection. *AIDS.* 2007;21:1723–30.
- Miller WC, Rosenberg NE, Rutstein SE, Powers KA. The role of acute and early HIV infection in the sexual transmission of HIV. *Curr Opin HIV AIDS.* 2010;5:277–82.
- Cohen MS, Shaw GM, McMichael AJ, Haynes BF. Acute HIV-1 infection. *N Engl J Med.* 2011;364:1943–54.
- Miró JM, Manzardo C, Zamora L, Pumarola T, Herrerías Z, Gallart T, et al. Manejo clínico de la infección aguda y crónica por el virus de la inmunodeficiencia humana antes del inicio de tratamiento antirretroviral. *Enferm Infecc Microbiol Clin.* 2011;29:759–72.

César Gómez-Hernando^{a,*}, Alejandro González-Praetorius^b y Germán Seseña-del Olmo^c

^a Servicio de Microbiología, Hospital Virgen de la Salud, Complejo Hospitalario de Toledo, Toledo, España

^b Servicio de Microbiología, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

^c Servicio de Microbiología, Hospital Virgen de la Luz, Cuenca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cegohe@sescam.jccm.es (C. Gómez-Hernando).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.eimc.2013.04.016>