

Virus de Herpes Humano-6

RAÚL H. CORRAL P., M.D. MSc.
Universidad del Valle e I.S.S. - Cali, Colombia

Infecciones herpéticas en humanos

1. Virus de Herpes Simple tipo 1 (HSV-1). Infecta 70% de los adultos. Ocasionalmente causa encefalitis.
2. Virus de Herpes Simple tipo 2 (HSV-2). Infecta hasta 30% de adultos. Ocasionalmente causa infección neonatal severa.
3. Virus de Varicela-Zoster (VZV). Infecta hasta 90% de adultos. Causa varicela y herpes zoster.
4. Virus de Epstein-Barr (EBV). Infecta hasta 90% de adultos. Causa frecuente de mononucleosis infecciosa.
5. Citomegalovirus Humano (CMV). Infecta 70% de adultos. Infección neonatal como causa importante de ceguera y retardo mental.
6. Virus de Herpes Humano 6 (HHV-6). 95% de seropositividad en mayores de dos años.
Variante A (HHV-6A)
Variante B (HHV-6B)
7. Virus de Herpes Humano 7 (HHV-7). Asociado a exantema súbito y exantemas parecidos a rubeola y sarampión.
8. Virus de Herpes Humano 8 (HHV-8). Asociado a Sarcoma de Kaposi.

Clasificación: El HHV-6 es un virus DNA que hace parte de la subfamilia *Betaherpesvirinae*, en el género *Roseolovirus* e infecta principalmente linfocitos CD4.

Los viriones tienen cuatro componentes estructurales principales: La envoltura donde se encuentran embebidas glicoproteínas de superficie y proteínas de membrana, un tegumento entre la envoltura y el core el cual tiene una conformación icosaédrica. El virión maduro mide aproximadamente 200 nm.

La infección, conocida como Herpesvirus Humano 6, tiene dos variantes virales denominadas A y B. Hasta el momento a la variante A no se le conoce asociación con enfermedad humana, mientras la variante B es el agente etiológico del exantema súbito de los niños conocido como *roseola infantum* o sexta enfermedad.

El HHV-6 fue aislado inicialmente de pacientes con SIDA que tenían desórdenes linfoproliferativos por Salahuddin y conocido como herpesvirus linfotrópico humano B, sin embargo, el virus infecta nodos linfáticos, linfocitos principalmente CD4, monocitos, células tubulares renales, macrófagos, glándulas salivares y componentes del SNC.

Manifestaciones clínicas

La infección primaria generalmente es subclínica pero puede ocasionar hepatitis, convulsiones febriles, meningoencefalitis, síndrome hemofagocítico e infecciones diseminadas.

Manifestaciones en niños incluyen la *Roseola Infantum*, caracterizada por fiebre que al desaparecer al tercer día, da paso a un rash máculopapular que comienza en el tronco y luego se disemina a extremidades, cuello y cara; se presentan adenopatías cervicales, postauriculares u occipitales. Puede haber diarrea, tos, manchas de Nagayama en úvula y paladar y convulsiones febriles. Linfocitosis y neutropenia son frecuentemente observadas.

Manifestaciones en adultos incluyen síndrome como “mononucleosis”, linfadenopatía prolongada y hepatitis fulminante.

Un desorden poco frecuente que se puede presentar tanto en niños como adultos es la enfermedad de Rosai-Dorfman, una histiocitosis con linfadenopatía masiva dolorosa, principalmente cervical con exacerbaciones y remisiones.

Compromiso del SNC puede presentarse hasta en 36% de niños con convulsiones febriles, pueden haber casos de meningitis y meningoencefalitis.

Saito y col. han llamado la atención sobre la presencia de HHV-6 en pacientes con encefalopatía progresiva y VIH, tanto en niños como en adultos.

Otra patología posiblemente asociada con HHV-6 es la Esclerosis Múltiple en la cual se han encontrado por PCR hasta 70% de genomas virales en el SNC de estos pacientes. Estudios en pacientes inmunocomprometidos por trasplante muestran el posible compromiso o rechazo en transplantados renales y de médula ósea. Asociación con síndrome de fatiga crónica y algunos tipos de neoplasias también se discuten.

Con respecto a tratamiento, los datos actuales plantean la relativa resistencia a acyclovir con mayor susceptibilidad a ganciclovir y foscarnet. De acuerdo con la literatura existen tres situaciones en las cuales la terapia antiviral para HHV-6 debería ser considerada:

transplantados con neumonitis idiopática, pacientes con esclerosis múltiple y pacientes con encefalitis asociadas a HHV-6.

Lecturas recomendadas

Ablshi D.V., Josephs S.F., Buchbinder C., *et al.* Human B Lymphotropic virus (human herpesvirus-6). *J Virol Methods* 1988; 21:29-48.

Black J.B., Inoue N., Kite K., *et al.* HHV-6 and HHV-7 seconversion in children clinically diagnosed whith measles or rubella. *Clin Infect Dis* 1996; 23:1156-1158.

Braun D.K., Domínguez G., Pellett P.E. Human Herpesvirus 6. *Clin Microbiol Rev* 1997; 10:521-567.