

Editorial

Herpesvirus humano 6, algo más que el exantema súbito

Dra. Marriaga Nuñez, Bibiana
Hospital Jardines Alta Especialidad Médica, Guadalajara,
México
Correo electrónico: bibimar3@hotmail.com
Dr. Solórzano Santos, Fortino
Hospital Infantil de México "Federico Gómez", Secretaría de
Salud, CDMX, México
Correo electrónico: solorzanof056@gmail.com

From the editors

Human herpesvirus 6, something more than just roseola

El virus del herpes humano 6 (HHV-6) es miembro de la familia Herpesviridae y subfamilia Betaherpesvirinae, género Roseolovirus. HHV-6 es el nombre en que se incluyen dos especies: HHV-6A y HHV-6B. El HHV-6B se reconoce como el principal agente etiológico de la roséola infantil (exantema súbito); las infecciones por HHV-6A se observan con menos frecuencia como infecciones primarias, es una infección común en la infancia, pero rara vez causa complicaciones graves. La presentación clásica del exantema súbito se caracteriza por un periodo pre-exantemático de uno a cinco días de fiebre que presenta una defervescencia abrupta y una erupción cutánea posterior que dura uno a dos días. La fiebre suele ser alta y puede superar los 40°C. El exantema tiene una distribución central inicial en el tronco y una extensión periférica posterior al cuello y las extremidades, algunos presentan síntomas como tos, congestión, irritabilidad, malestar y posible diarrea. Después de la infección primaria en la infancia, este virus establece un estado de latencia en el hospedero; pueden integrar su genoma en los telómeros de los cromosomas celulares.

La reactivación del HHV-6 está bien descrita en pacientes inmunodeprimidos después de un trasplante alogénico de células hematopoyéticas (TPH) como una infección oportunista por reactivación hasta en un 25-46%.¹ Los factores de riesgo asociados con la reactivación incluyen: recibir TPH (en lugar de autólogo), régimen de acondicionamiento mieloablativo, trasplantes de donantes no relacionados o no compatibles con el antígeno leucocitario humano (HLA) y trasplantes de sangre del cordón umbilical; pero también puede ocurrir durante la quimioterapia para neoplasias hematológicas, en pacientes que viven con el VIH. Algunos casos de infección grave se han observado en pacientes inmunocompetentes.² La reactivación se ha asociado con encefalitis, meningitis, y con menor frecuencia mielitis y encefalomyelitis, disfunción del sistema nervioso central (SNC), supresión de la médula ósea, enfermedad de injerto contra huésped aguda (EICHA), reactivación del citomegalovirus (CMV), neumonitis, miocarditis y muerte.² El HHV-6 puede infectar las células endoteliales vasculares, desencadenando infecciones latentes o reactivación que resultan en afectación sistémica multiorgánica, disfunción endotelial y eventos trombóticos, existe neurotropismo, con mayor frecuencia de infección de astrocitos y oligodendrocitos, lo que provoca una infección latente o una reactivación.

La encefalitis es la enfermedad de órganos diana en la que se ha demostrado mayor patogenicidad del HHV-6B. En una serie reciente de pacientes con TPH, la encefalitis por HHV-6 se presentó en una mediana de 31 días (rango: 16-317 días) desde el trasplante. Cuarenta y cuatro muertes (61.1%) ocurrieron dentro de los 90 días posteriores al diagnóstico de encefalitis por HHV-6, y en 24 de ellas, la encefalitis por HHV-6 se consideró una causa contribuyente. La encefalitis por HHV-6 fue una complicación poco frecuente con una incidencia del 0.45% durante un período de 10 años.³

En este número de la revista Gómez Gómez V. y cols.⁴ presentan un caso de meningoencefalitis en un paciente con infección por VIH que desarrolló muerte cerebral. En un meta-análisis, Kostare G y cols.⁴ estimaron una prevalencia de HHV-6 del 11.7% (IC del 95%: 4.3-21.8%) en pacientes con VIH, la prevalencia fue muy heterogénea, considerándose ésta una población de riesgo de reactivación del virus. No existen estudios que permitan conocer la frecuencia de encefalitis por HHV-6 en pacientes con VIH, sin embargo, deberá considerarse esta posibilidad etiológica en este grupo de pacientes que inicien con manifestaciones neurológicas como parte de su enfermedad.

Referencias

- Kampouri E, Handley G, Hill JA. Human Herpes Virus-6 (HHV-6) Reactivation after Hematopoietic Cell Transplant and Chimeric Antigen Receptor (CAR)- T Cell Therapy: A Shifting Landscape. *Viruses*. 2024; 16 (4): 498.
- Mani Jacob D, Nagarajan DR, Bava M, Fazal J, Ottu Para NK. Complete Recovery From Human Herpesvirus 6 (HHV-6) Encephalomyelitis in an Immunocompetent Adult: A Rare Cause of Paraparesis and Ataxia. *Cureus*. 2025 Aug 16; 17 (8): e90211.
- Perruccio K, Ward KN, Tridello G, Knelange N, Zeiser R, Franke GN, et al. Clinical characteristic and outcome of HHV-6 encephalitis after allogeneic hematopoietic cell transplantation: A study of Infectious Disease Working Party of EBMT. *Bone Marrow Transplant*. 2025; 60 (9):1 243-1248.
- Kostare G, Kostares E, Kostares M, Halkitis PN, Tsakris A, Xanthos T, Kantzanou M. Prevalence of HHV-6 Detection Among People Living with HIV: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Viruses*. 2025 Apr 5; 17 (4): 531.