Rev Clin Esp. 2014;214 (Espec Congr):128

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-22. - HEPATITIS E AGUDA. DIFÍCIL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN PACIENTE VIH

D. Gill, M. Sánchez Ledesma, G. Castillo Villa, D. González Calle, D. Nieto Rodríguez, A. Iglesias, C. Bustos, M. Cordero Sánchez

Unidad de enfermedades infecciosas. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Salamanca. Hospital Clínico. Salamanca.

Resumen

Objetivos: Presentar el primer caso de hepatitis E, diagnosticada en el Hospital Clínico Universitario de Salamanca, en la Unidad de Enfermedades Infecciosas.

Métodos: Valoración clínica y estudios complementarios de paciente VIH que ingresa con dolor abdominal que planteó importantes problemas en el diagnóstico diferencial.

Resultados: De 33 pacientes con citololisis aguda seguidos en el último año en nuestro hospital, el 30% presentó serología anti IgG-VHE. Describimos una paciente de 33 años, natural de Salamanca, VIH-1 diagnosticada en 1997 estadio B2 por trombopenia. Presenta como antecedentes relevantes, TB latente en 1997, en 2012 se diagnóstica de anemia ferropénica por pérdidas digestivas, gastristis antral erosiva por H. pylori; ileítis terminal sin granulomas, con auramina positiva. En el momento del ingreso presenta CD4 120/mL y carga viral indetectable con TAR con lopinavir/ritonavir, didanosina, tenofovir. Inicicia tratamiento con isaniazida (H), pirazinamida y etambutol, asociado a rifabutina por contraindicación de rifampicina con lopinavir/ritonavir. Intercurre con exantema urticariforme y neutropenia asociado al tratamiento tuberculostático, al introducir H, presenta intolerancia digestiva, anorexia, malestar general, dolor recurrente en hipogastrio y FID. Analítica: citolisis hepática. Serologías VHB, VHB; CMV, lúes negativas. Autoinmunidad negativos. Ecografía abdominal: hepatomegalia. El TAC abdominal no presenta engrosamiento de íleon, por lo que se suspende tratamiento específico. La analítica a los 10 días tras suspender tuberculostáticos AST 506 U/L; ALT 688 U/L; FA 115 U/L; GGT 201 U/L; PCR 2,6 mg/dl. Se realiza biopsia hepática: con marcada actividad lobulillar, grado de actividad inflamatoria 14/18. Fibrosis 3/6. Biopsia de íleon: ileítis sin granulomas negativo para M. tuberculosis. Se realiza RT-PCR VHE (virus hepatitis E) en sangre: positiva. Nuestra paciente presentó aclaramiento viral coincidiendo con el aumento del nivel de CD4.

Discusión: El VHE, denominado así por “entérica y epidémica”, pertenece al género Herpevirus dentro de la familia Hepeviridae. Es un virus RNA pequeño, sin envoltura. El genoma está formado por una sola cadena de RNA de polaridad positiva. El patrón de distribución del VHE es muy diferente en países desarrollados y en vías de desarrollo: en los primeros los casos son esporádicos y tienen carácter zoonótico o son importados, mientras que en los segundos se da en brotes epidémicos asociados a la contaminación fecal de las aguas. La seroprevalencia en España oscila

entre el 0,6 y 7,3% en la población general, y aumenta con la edad: 1% en adultos jóvenes y 3,6% en personas de mayor edad. Las tasas llegan a un 19% en personas expuestas al ganado porcino. El período de viremia y la eliminación fecal del virus comienzan una semana antes del comienzo de síntomas y finalizan dos semanas después. Algunos estudios afirman que el VHE puede ser más prevalente en los pacientes infectados por el VIH; 10,4%; existen pocos datos de la incidencia y prevalencia en esta población. Se han descrito casos de coinfección VHE-VIH con PCR positiva durante 18 meses y signos de cirrosis en biopsia hepática. Está demostrado que la hepatitis E evoluciona a la cronicidad en pacientes inmunodeprimidos; principalmente aquellos sometidos a trasplante hepático. La coinfección VHE-VIH suele enmascararse con la hepatotoxicidad por fármacos frecuente con la terapia antirretroviral; por este motivo, una vez descartadas otras causas de hepatitis es recomendable solicitar pruebas para diagnosticar hepatitis E.

Conclusiones: La hepatitis E está presente en nuestro medio y hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de las hepatitis criptogénicas.

0014-2565 / © 2014, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.