



I-195 - VIRUS HEPATITIS E. CAUSA DE HIPERTRANSAMINASEMIA POCO SOSPECHADA

M. González Ascarza¹, L. Santos Martín², A. Rubio Peral³, A. Montaña Martínez¹, C. Muñoz Reyes¹, M. Rabadán López¹, G. Romero Herrera², D. Magro Ledesma¹

¹Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz. ²Aparato Digestivo. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. ³Servicio de Análisis Clínicos. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz. Badajoz.

Resumen

Objetivos: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de virus hepatitis E (VHE), en el Área de Salud de Badajoz.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, de 14 meses de duración, en el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2014 al 28 de febrero de 2015, que incluía un total de 11 pacientes diagnosticados de VHE en nuestro Área, mediante método ELISA, y se analizaron las características epidemiológicas, datos clínicos, radiológicos, analíticos, de tratamiento y evolución, y para su análisis se empleó el programa informático SPSS 15.0.

Resultados: De los 46 pacientes con sospecha clínica inicial, en el periodo seleccionado, solo 11 de ellos, finalmente, con diagnóstico positivo para VHE (todos con IgG positivo), el 72,7% IgM positivo, lo que indica infección aguda. De ellos el 82% eran hombres con una edad media de 52,15 años. Más de la mitad (54,5%) presentaba algún tipo de inmunodepresión, bien por el tratamiento que recibía o por trasplante de órgano sólido. El 45,5% presentaba hepatopatía crónica, de distintas etiologías (18,2% viral, 18,2% autoinmune y el 9,1% enólica). El debut de la infección fue, en orden de frecuencia, coluria (72,7%), ictericia (54,5%), fiebre (54,1%) y síntomas gastrointestinales (54,1%), solo en el 9,1% fue un hallazgo incidental a partir del estudio de hipertransaminasemia. La exploración física fue normal en la mayoría (45,5%), aunque el 18,2% presentaban ictericia y hepatomegalia. En las pruebas de laboratorio un 9,1% presentó anemia y el 36,4% trombopenia. Un 18% de los pacientes no tenía hipertransaminasemia al diagnóstico, mientras que el 54,6% presentaron cifras en rango de hepatitis (10 veces el valor límite de la normalidad). Solo el 18% no tenía alteraciones en el patrón de colestasis (GGT, FA y bilirrubina). El 54,6% de los pacientes elevaron niveles de ferritina por encima de la normalidad. Se realizaron otras serologías para virus hepatotropos con los siguientes resultados positivos: 18,2% virus hepatitis C, el 18,2% virus hepatitis B y toxoplasma, y el 45,5% virus de Epstein Barr. Un 36,4% presentó infección por citomegalovirus (CMV) de los cuales el 18,2% IgM positiva al diagnóstico del VHE. Solo uno de los pacientes falleció por hepatitis fulminante. Dos pacientes recibieron tratamiento, uno fue tratado con rivabirina (RBV), en monoterapia y otro con biterapia RVB e interferón (IFN).

Discusión: El VHE es un virus RNA de transmisión entérica con características clínicas similares a

Virus Hepatitis A, y causante de hepatitis fulminante, sobre todo en inmunodeprimidos y embarazadas. El diagnóstico se realiza mediante anticuerpos y carga viral de RNA, sin embargo, en nuestro estudio, ninguno de los pacientes presentó esta última positiva, probablemente debido a que no se solicitó en el momento de la infección aguda. Parece evidenciarse un mayor riesgo de infección en pacientes inmunodeprimidos, con un curso peor en los mismos, ya que incluso en algunos llegó a desencadenar la muerte. La serología IgM positiva para CMV y VHE concomitante, en el 18,2% de los pacientes, hizo que no se pudiera determinar el auténtico causante de la hepatitis aguda. El tratamiento fue sintomático en la mayoría de los pacientes, solo dos recibieron RBV y uno IFN que hubo que suspender por aplasia medular. Las características epidemiológicas descritas, en nuestra muestra, son similares a los estudios publicados en los últimos tiempos, aunque sin poder obtener conclusiones significativas dada la escasez de la misma (N:11).

Conclusiones: El VHE es una causa poco sospechada de hepatitis aguda, pudiendo llegar a cronificarse en muchos casos. Debe sospecharse en pacientes inmunodeprimidos y con cuadro clínico compatible. No existe tratamiento efectivo, si bien se ha visto buena respuesta al tratamiento con RVB en monoterapia o combinada con IFN.