



Serie de casos

**VIRUS DE LA HEPATITIS E EN MENDOZA:
PRESENTACIÓN DE 3 CASOS**

Miranda Jimena*, Gisbert Patricia*, Mastronardi Valentina*, Clausen Karzovnik
Gabriela*, Lascano Soledad*, Valli Diego*, Salomón Susana**, Carena, José A**.

*Servicio de Clínica Médica, Hospital Lagomaggiore, Mendoza.

**Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo.

Correo electrónico de contacto: valenmastro@hotmail.com

RESUMEN

La Hepatitis "E" es una enfermedad de distribución global, con morbilidad y mortalidad significativa, cuya incidencia ha aumentado en los últimos años. Con el propósito de potenciar la sospecha diagnóstica de esta patología, se realiza una reactualización a partir de la presentación de 3 casos ocurridos en el Hospital Lagomaggiore de la Ciudad de Mendoza, Argentina.

Introducción

La Hepatitis "E" fue descrita por primera vez en 1980 como un brote de "hepatitis aguda no A no B" por aguas contaminadas en India.¹ Actualmente algunos autores creen que es la principal causa de hepatitis aguda e ictericia en el mundo² y constituye un importante problema de salud pública, especialmente en los países en vía de desarrollo, aunque también parece ser endémica en algunos países industrializados de Europa y de Estados

Casos clínicos

CASO 1

Varón de 36 años con antecedente de litiasis vesicular, comienza 10 días previos a la consulta con dolor en epigastrio, de intensidad 5/10, intermitente, sin irradiación, sin náuseas ni vómitos, acompañado de cefalea frontal, hiporexia y astenia marcada. Luego, se agrega ictericia generalizada sin prurito, con coluria e hipocolia. Epidemiología negativa para virus de la hepatitis. Al examen físico presenta ictericia, adenopatías submandibulares, bilaterales, duro-elásticas, móviles e indoloras, menores a 2cm, altura hepática de 14cm, de bordes lisos e indoloro a la palpación. El laboratorio destaca: GOT 1407 U/l (VN: 0-40 UI/L), GPT 2243 U/l (VN: 0-41 UI/L), FAL 202 U/l (VN: 40-129 UI/L), GGT 180 U/l (VN: 8-61 UI/L), LDH 613 U/l (VN: 240-480 UI/L), bilirrubina total 212,2 mg/l (VN: 0-10 mg/L), directa/indirecta: 196/16,6 mg/l. ARN-VHE en materia fecal: positivo. El paciente presentó buena evolución clínica.

Palabras claves: Hepatitis, VHE.

ABSTRACT

Hepatitis "E" is a disease of global distribution, with significantly morbidity and mortality, whose incidence keep growing as time goes by. In order to increase diagnostic suspicion of this illness, we perform a review based in three cases that take place in Lagomaggiore's Hospital in Mendoza city, Argentina.

Key words: Hepatitis, HEV.

Unidos.³ Entre 1988-1994 se realizó dosaje de anticuerpos anti-VHE en EEUU, siendo positivos en el 21% de la población adulta, observándose un aumento de hasta 40% en mayores de 60 años, sin encontrarse claros factores de riesgos asociados a la misma.⁴ El objetivo de esta presentación es comunicar 3 casos de Hepatitis "E" de presentación aguda, ocurridos en Mendoza y realizar una revisión de la literatura.

CASO 2

Varón de 44 años con antecedente de alcoholismo actual (108 gr/semana), refiere 9 días previos al ingreso, comenzar con coluria, acolia, ictericia, prurito, astenia, mialgias y pérdida de 6 Kg de peso. Sin epidemiología para virus de la hepatitis. Ingresa con ictericia, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, hígado palpable en inspiración, indoloro de características normales y polo esplénico palpable. Presentó GOT 1087 U/l, GPT 1455 U/l, FAL 217 U/l, GGT 63 U/l, bilirrubina total 331 mg/l, directa/indirecta: 289/41 mg/l. ARN-VHE en suero: positivo. Evolución clínica favorable.

CASO 3

Varón de 28 años sin antecedentes patológicos que refiere comenzar 45 días previos al ingreso con dolor abdominal de intensidad variable, localizado en hemiabdomen derecho y epigastrio. Epidemiología negativa para virus de la hepatitis. Al examen físico presentó

abdomen blando depresible, doloroso en hipocondrio, flanco y fosa ilíaca derecha, hígado palpable a 2 cm debajo de reborde costal, borde romo, superficie regular, altura hepática de 12cm. Presenta GOT 1124 U/l, GPT 1035 U/l, FAL 120 U/l, GGT 57 U/l, bilirrubina total 32,89 mg/l, directa/indirecta 24,3/8,59 mg/l. ARN-VHE en materia fecal: positivo. El paciente presentó buena evolución clínica sin complicaciones.

DISCUSIÓN

La infección por VHE es probablemente la causa más frecuente de hepatitis aguda a nivel mundial, estimándose que un tercio de la población mundial ha estado infectada por este agente.³ La vía de transmisión fecal-oral es la más establecida, aunque múltiples evidencias clasifican a la Hepatitis "E" como una enfermedad zoonótica, por encontrarse en cerdos y pollos, siendo el único virus de hepatitis con reservorio en animales.⁵ Al igual que en nuestros pacientes, existen múltiples casos reportados que carecen de nexo epidemiológico.^{3,5} La Hepatitis "E" es clínicamente indistinguible de otros tipos de hepatitis virales agudas, con manifestaciones inespecíficas, tal como sucedió con estos pacientes con dolor abdominal y elevación marcada (más de 10 veces) de las enzimas hepáticas. En el examen físico solamente 2 pacientes cursaron con ictericia clínica. En las series publicadas, la mayoría de los casos se presentan como hepatitis aguda autolimitada, al igual que nuestros pacientes, pero también puede presentarse como hepatitis fatal hasta en el 10% de los casos.⁴ Sin embargo, recientemente se han documentado casos de infección crónica por este virus en pacientes trasplantados hepáticos y renales e inmunosuprimidos.⁷ Menos frecuentemente se han descrito manifestaciones extrahepáticas, como artritis, pancreatitis, anemia aplásica, poliradiculopatía, incluso Síndrome de Guillan Barré, entre otras.^{3,6}

Con respecto al diagnóstico, la respuesta serológica del VHE presenta un patrón clásico

de elevación de anticuerpos IgM e IgG detectables generalmente en el momento de aparición de la enfermedad. El ARN del virus es el único marcador virológico útil, detectándose en suero y en heces durante la fase aguda e incluso antes de la elevación de la GOT, mediante RT-PCR. No obstante, el ARN-VHE tiene un valor limitado para el diagnóstico debido a que es detectable en suero por 2 semanas solamente y 4 semanas en heces. Por este corto periodo de tiempo, la ausencia de ARN-VHE no descarta la infección por VHE. Las determinaciones de ARN viral en estos tres pacientes se realizaron en el Centro Nacional de Referencia de Laboratorio de Hepatitis Virales (Carlos G. Malbran).⁶ La detección del ARN permite establecer la replicación viral y su caracterización genotípica posterior. Las cepas identificadas en los países industrializados suelen ser diferentes a la de los países en vía de desarrollo⁸, siendo prevalente el genotipo 1 y 2 en los primeros y el 3 y 4 en los segundos. En nuestros tres pacientes se identificó al genotipo 3, lo que apoya un origen autóctono de la infección.⁴

En la actualidad se recomienda tratamiento para las formas crónicas con interferón pegilado y ribavirina o combinación de ambas, observándose buena respuesta en 2/3 de los pacientes tratados.³ Sin embargo, no se disponen de guías que avalen este tratamiento, siendo su uso basado en la experiencia.^{3,4} En un trabajo reciente realizado en China, se demostró con una vacuna recombinante para el genotipo 1, una eficacia del 95% para el genotipo 1 y 4, por lo que se consideró que hubo inmunidad cruzada entre los diferentes genotipos.⁹ Finalmente, cabe destacar que nuestros pacientes presentaron una evolución clínica favorable, con disminución progresiva de las enzimas hepáticas, sin ningún tipo de tratamiento específico. Destacamos la importancia de incluir en el algoritmo diagnóstico del paciente con transaminitis al VHE, ya que su pronta sospecha evita la solicitud de pruebas complementarias innecesarias.

Referencias bibliográficas

1. Kamar N, Bendall R, Legrand-Abravanel F, et al. Hepatitis E. *Lancet* 2012; 379: 2477-88.
2. Purcell R, Emerson S. Hepatitis E: an emerging awareness of an old disease. *J Hepatol* 2008; 48:494-503.
3. Rodríguez-Frias F, Jardi R, Buti M. Hepatitis E: Virología molecular, epidemiología y patogénesis. *Enferm Infecc Microbiol Clin* 2012; 30:624-634.
4. Hoofnagle J, Nelson K, Purcell R. Hepatitis E. *N Engl J Med* 2012; 367:1237-44.
5. Clemente-Casares P, Pina S, Buti M, et al. Hepatitis E virus epidemiology in industrialized countries. *Emerg Infect Dis* 2003; 9:448-54.
6. Munne M, Altabert N, Otegui L, et al. Updating the knowledge of hepatitis E: new variants and higher prevalence of anti- HEV in Argentina. *Annals of Hepatology* 2014; 13:496-502.
7. Khudyakov Y, Kamili S. Serological diagnostics of hepatitis E virus infection. *Virus Res* 2011; 161:84-92.
8. Aggarwal R, Naik S. Epidemiology of hepatitis E: current status. *J Gastroenterol Hepatol* 2009; 24:1484-93.
9. Shrestha M, Scott R, Joshi D, et al. Safety and efficacy of a recombinant hepatitis E vaccine. *N Engl J Med* 2007; 356:895-903.