

HEPATITIS Y ANEMIA APLÁSICA ¿CASUALIDAD O CAUSALIDAD?. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Fernández López Isabel María, Pérez de Soto Inmaculada, Pérez-Hurtado Jose María, González Campos Jose, De Blas Jose María.

Sección de Hematología Clínica de adultos y pediátrica. Servicio de Hematología y Hemoterapia. Hospital Universitario Virgen del Rocío . Sevilla.

Introducción: La "Hepatitis asociada a anemia aplásica (AA)" se describe por 1ª vez en 1955. La principal serie es de 30 pacientes aunque la mayoría son casos aislados.

CASO 1: Niña de 10 años sana, con febrícula de 1 mes tratada con Ibuprofeno y Amoxicilina. Ingresa por dolor abdominal, ictericia y coluria. Mostraba GOT y GPT de 1145 y 1200 mU/ml, alargamiento de TP y TPTA y *Hemograma normal*. La *serología viral* y auto-anticuerpos hepáticos, ceruloplasmina, alfa1-antitripsina, CMV, VVZ, Herpes 6, VEB, VIH, VHS y estudios vasculares fueron *negativos*. La biopsia hepática mostró *Hepatitis colostásica con transformación gigantocelular*. A los 7 días desarrolla pancitopenia progresiva que llega a 730 leucocitos, 300 neutrófilos, Hb 9.4 g/l y 29.000 plaquetas. La biopsia medular demostró *Aplasia medular severa grado III*. Se descartaron otras hemopatías (HPN, carencial, Fanconi, Leucemias, Leishmania e infecciones virales). La hepatitis se autolimitó pero la aplasia progresó por lo que al no disponer de hermanos compatibles se inicia ATG y Ciclosporina sin éxito. Repite ciclo a los 3 meses, aún sin respuesta.

CASO 2: Varón de 38 años sano. Ingresa grave, con dolor abdominal y vómitos. En analítica, hiperbilirrubinemia, GOT y GPT > 3000 y alargamiento del TP y TPTA. *Hemograma normal*. Como antecedente, *inyección subcutánea homeopática de "glándula mamaria" y "tejido adiposo"* legislado y sin reacciones descritas. Evoluciona a *Encefalopatía Hepática IV* con BR de 39 mg/dl, amoniemia de 108 mcmol/l y TP de 105". Con diagnóstico de Hepatitis Fulminante *no-A, no-B, no-C idiopática*, se realiza *Trasplante Hepático*. A los 2 meses y en contexto de *rechazo agudo e inmunosupresión* aparece *pancitopenia progresiva* que alcanza 200 leucocitos, 0 Neutrófilos, 8 g/dl de Hb y 29.000 plaquetas. Se atribuye a *fármacos, infección o rechazo* pero las biopsias tisulares, pruebas hematológicas e infecciosas resultaron *negativas*. La biopsia medular mostró *Aplasia medular severa*. Tras descartar otras causas asumimos "Hepatitis asociada a aplasia medular". Inicia ATG y Cys sin éxito. Imposible el Trasplante por infecciones graves. ÉXITUS por sepsis polibacteriana al mes del diagnóstico.

Comentarios: Entidad muy infrecuente que afecta a varones jóvenes y niños. Siempre Hepatitis aguda "no-A no-B no-C" Idiopática (con Trasplante hepático incluso por FHF) seguida de Aplasia Grave (entre 7-150 días). Se postula patógeno viral hepatotrofo desconocido que actúa por mecanismos inmunomediados. El diagnóstico es por alta sospecha y exclusión de principales etiologías. El tratamiento es con ATG (respuesta muy tardía, de 6 a 9 meses) o Trasplante Alogénico en candidatos seleccionados (principalmente niños) con hermanos compatibles. Dado que la mortalidad es del 39-50% en jóvenes y el doble en adultos, ante *pancitopenia severa post-hepatitis*, consultar con Hematólogo y biopsiar médula, ya que el tiempo es esencial en esta enfermedad.