

## HEPATITIS E EN PACIENTE CON LEUCEMIA PROMIELOCÍTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Yera Cobo, M. Sánchez Ramírez, M.V. Martín Reina, M. González Bernal  
*Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz*

**Introducción:** Hepatitis E, causada por el virus de la hepatitis E (VHE), de transmisión fecal-oral a través de aguas y alimentos contaminados. Se manifiesta en forma de epidemia en países subdesarrollados y como casos esporádicos en Europa, en nuestro país debido fundamentalmente a la afluencia de inmigrantes, su situación geográfica y los viajes a zonas endémicas.

En epidemias son los niños los más afectados; en los países desarrollados, personas de mediana edad. Clínicamente se manifiesta como una hepatitis aguda con importante hipertransaminasemia. Existen casos asintomáticos. Baja mortalidad pudiendo ser muy grave en embarazadas, provocando fallo hepático fulminante y en pacientes cirróticos.

Recientemente se han publicado estudios que demuestran el desarrollo de hepatitis crónica por VHE en pacientes inmunodeprimidos, especialmente por hemopatías malignas o trasplantados.

El diagnóstico debe realizarse en pacientes con sospecha clínica, y resultados negativos para otros virus hepatotropos; debe incluir la determinación de IgG e IgM para el VHE (pueden ser negativas en inmunodeprimidos) y el ARN mediante PCR. El tratamiento en casos agudos consiste en medidas de soporte, y en aquellos que se cronican están en ensayo el interferón pegilado y la ribavirina.

**Material y métodos:** Analizamos el caso de una paciente diagnosticada en nuestro servicio de una leucemia promielocítica que durante la quimioterapia de consolidación presentó una hepatitis aguda causada por el VHE.

**Paciente:** Mujer de 46 años, procedente de Ceuta, trasladada a nuestro centro por sospecha de leucosis aguda con clínica de mal estado general, hematuria y hematomas generalizados. Es diagnosticada de leucemia mieloide aguda (LMA M3), administrándose quimioterapia de inducción con Ácido transretinoico (ATRA), Idarubicina y Dexametasona. Presentó numerosas complicaciones tales como hemorragia subaracnoidea y shock séptico por neumonía nosocomial, precisando de ingreso en UCI e interrupción del tratamiento. Tras resolución del cuadro infeccioso, realizamos médula ósea, objetivándose persistencia de blastos. Reiniciamos quimioterapia de inducción según protocolo Pethema LPA, con buena tolerancia, siendo dada de alta.

Ingresa para recibir quimioterapia de consolidación, encontrándose asintomática. En analítica se detecta GPT 447 y GOT 320. Tras una semana de tratamiento comienza con dolor abdominal, coagulopatía e hiperbilirrubinemia (cifra máxima de 33 mg/dl), lo cual obliga a iniciar nutrición parenteral y antibioterapia intravenosa.

Tras descartar recaída y ante la negatividad de virus hepatotropos, se realizan pruebas de imagen (Ecografía abdominal informada como hepatopatía difusa y TAC donde observan LOES sugestivas de candidemia) y se inicia tratamiento antifúngico.

Ante persistencia de sintomatología, se decide biopsia hepática y determinación del virus de hepatitis E, que resulta RT-PCR positiva para VHE siendo compatibles los hallazgos anatomopatológicos. Con medidas de soporte la paciente mejora analítica y sintomáticamente, pudiendo continuar con el tratamiento de su enfermedad.

### Conclusiones:

- El VHE debe ser sospechado en pacientes que presenten clínica compatible con hepatitis aguda, negativos para VHA, VHB y VHC y demás virus hepatotropos, ante el aumento del número de casos en nuestro país.
- Especial atención precisan aquellos individuos inmunodeprimidos en los que se ha comprobado especial afinidad por la cronicación del virus y su rápida transformación a cirrosis hepática, incrementando la morbimortalidad de estos pacientes.