

Esofagitis herpética en paciente inmunocompetente

Sr. Editor: El virus herpes simple 1 se caracteriza por su capacidad de recurrencia ya que puede permanecer en estado latente en células nerviosas y reactivarse por múltiples factores físicos, químicos, y hormonales. En los pacientes inmunodeprimidos produce patología grave¹. Es la primera causa de lesiones vesiculares en la mucosa oral y su prevalencia en adultos jóvenes alcanza el 80%; sin embargo, en inmunocompetentes la localización esofágica es poco frecuente².

En la base de datos de PubMed (www.pubmed.gov) utilizando los descriptores "esophagitis and (herpes) and (immunocompetent)" aparecen 44 casos, de los que 9 son niños³. En la presentación de algunos de ellos se hace una revisión de casos anteriores describiendo el grupo poblacional afectado y sus características clínicas.

Presentamos el caso de una mujer de 22 años que ingresó en el servicio de enfermedades digestivas de nuestro hospital por estomatitis y epigastralgia y cuya pareja presentaba herpes labial sin otra sintomatología acompañante. La paciente fue vista por su médico de cabecera a las 72 h del inicio del cuadro con odinofagia y fiebre, fue diagnosticada de faringoamigdalitis y recibió tratamiento con claritromicina (500 mg cada 24 h). Dos días después acudió a urgencias por empeoramiento del cuadro faríngeo y epigastralgia. Presentaba, además, herpes labial doloroso y adenopatías laterocervicales. El hemograma y la bioquímica fueron normales y la prueba Paul-Bunell también resultó negativa. Fue tratada con paracetamol (1 g cada 6 h) y omeprazol (20 mg en una toma diaria). Al día siguiente, regresó a urgencias, por aumento del dolor epigástrico e intolerancia oral, por lo que se decidió su ingreso. En el examen físico destacaban lesiones vesiculares en las encías y el velo del paladar, amígdalas hiperémicas y lesiones vesiculopapulosas en los labios, algu-

nas de ellas cicatrizadas. Durante su ingreso se documentó su estado de competencia inmunológica; destacaba la prueba del VIH, que fue negativa. En la endoscopia digestiva alta se vio "esófago sin lesiones en los dos tercios proximales. Por encima de la línea z se observaban áreas eritematosas pequeñas ligeramente confluyentes⁴" (fig. 1) y se tomó una biopsia esofágica que fue enviada al servicio de microbiología. La muestra fue procesada por el método de Shell vial empleando una monocapa de células MRC-5 (Biomérieux, Francia) y detección antigénica con inmunofluorescencia, que fue informado como herpes simple 1. El resultado se confirmó por el cultivo convencional⁵ sobre las mismas células en las que se vio el efecto citopático típico. La IgM para virus herpes simple 1 fue positiva y la IgG, negativa. Los cultivos para bacterias y hongos fueron negativos.

Los pacientes inmunocompetentes con esofagitis por herpes son mayoritariamente varones menores de 40 años y cuya sintomatología predominante consiste en disfagia, odinofagia y fiebre. Puede hallarse también dolor retroesternal, pirosis, vómito y sangrado digestivo⁶. Los hallazgos endoscópicos más típicos se localizan en el esófago distal⁷, donde se presentan vesículas pequeñas y ulceraciones superficiales.

En el presente caso se realizó el diagnóstico de primoinfección por herpes simple 1 y esofagitis herpética de la misma etiología. Recibió tratamiento con aciclovir⁸ (200 mg cada 4 h durante 2 semanas) y fue dada de alta citándose para control en la consulta 2 semanas después. Al cabo de este tiempo se evidenció la desaparición de lesiones orales y su estado asintomático.

María Victoria Sanjuán^a,

Fabián Unda^a y Joaquín de la Peña^b

^aServicio de Microbiología. ^bServicio de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Bibliografía

1. Baehr PH, McDonald GB. Esophageal infections: risk factors, presentation, diagnosis and treatment. *Gastroenterology*. 1994;106:509-32.
2. Ballester Ferrer A, Solana Abadías M, Martínez Burgui JA, Simó Piñol M. Esofagitis herpética en inmunocompetentes. *Rev SEMG*. 2004; 62:164-7.
3. Rodrigues F, Brandao N, Duque V, Ribeiro C, Antonio AM. Herpes simplex virus esophagitis in immunocompetent children. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004;39:560-3.
4. Van Ongeval J, Tutgeerts L, Ghillebert G. Herpetic esophagitis in 5 immunocompetent patients. *Ned Tidschr Geneesk*. 1996;140: 1367-71.

5. Becker K, Lubke HJ, Borchard F, Haussinger D. Inflammatory esophageal diseases caused by herpes simplex virus infections: overview and report of 15 personal cases. *Z Gastroenterol*. 1996;34:286-95.
6. Kato S, Yamamoto R, Yoshimitsu S, Shimazaki K, Ogawa S, Itoh K, et al. Herpes simplex esophagitis in the immunocompetent host. *Dis Esophagus*. 2005;18:340-4.
7. Ramanathan J, Rammouni M, Baran J Jr, Khatib R. Herpes simplex virus esophagitis in the immunocompetent host: an overview. *Am J Gastroenterol*. 2000;95:2171-6.
8. Kurahara K, Aoyagi K, Nakamura S, Kuwano Y, Yamamoto C, Lida M, et al. Treatment of herpes simplex esophagitis in immunocompetent patient with intravenous acyclovir: a case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol*. 1998;93:2239-40.

Meningitis aguda por *Streptococcus suis* en una carnícera

Sr. Editor: La infección por *Streptococcus suis* es una zoonosis. *S. suis* causa meningitis, septicemia, endocarditis, artritis, shock séptico y neumonía en el ganado porcino y en el hombre. La transmisión se produce por contacto directo con el cerdo o por la manipulación de productos cárnicos porcinos¹. El primer caso de infección en humanos se publicó en Dinamarca en 1968 y hasta el año 2005 se habían descrito algo más de 200 casos en el mundo, la mayoría procedentes del norte de Europa y de países del Extremo Oriente, donde la cría del ganado porcino y la manipulación de sus productos cárnicos es una fuente importante de riqueza¹⁻⁴. En julio de 2005 un brote de infección en Sichuan, China, hizo aumentar el número de casos a más de 400 y ha llamado la atención mundial sobre *S. suis* como patógeno ocupacional emergente¹. En nuestro país se han documentado muy pocos casos humanos de infección por *S. suis*, por lo que creemos de interés comunicar un nuevo caso de meningitis.

Se trata de una mujer de 29 años, carnícera de profesión, que el día antes del ingreso presentó un cuadro de cefalea y dolor cervical con progresiva sensación de rigidez de la nuca, náuseas y vómitos. Fue remitida al hospital desde su centro de salud e ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI). El examen físico mostró: tensión arterial 110/70 mmHg, temperatura 37 °C y rigidez de nuca. El resto del examen fue normal. Se realizó TC craneal sin contraste y no se mostraron hallazgos neuro-radiológicos de interés. En la analítica sanguínea se observó: glucosa, 170 mg/dl; leucocitosis,

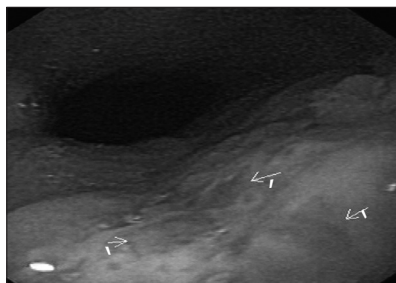


Figura 1. Esófago distal en el que se observan lesiones eritematosas confluyentes.