

- intestinal que simula carcinoma colorrectal diseminado. *Gastroenterol Hepatol*. 2013;36:461–3.
2. Keane J, Gershon S, Wise RP, Mirabile-Levens E, Kasznica J, Schwietzman WD, et al. Tuberculosis associated with infliximab, a tumor necrosis factor α -neutralizing agent. *N Engl J Med*. 2001;345:1098–104.
 3. Obrador A, López San Román A, Muñoz P, Fortún J, Gassull MA. En nombre del Grupo Español de Trabajo de Enfermedad de Crohn y Colitis Ulcerosa (GETECCU). Guía de consenso sobre tuberculosis y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal con infliximab. *Gastroenterol Hepatol*. 2003;26:29–33.
 4. Carmona L, Gómez-Reino JJ, Rodríguez Valverde V, Montero D, Pascual-Gómez E, Mola EM, et al. Effectiveness of recommendations of latent tuberculosis infection in patients treated with tumor necrosis factor antagonists. *Arth Rheum*. 2005;58:1766–72.
 5. López-San Román A, Obrador A, Fortún J, Muñoz P, Gassull MA. Grupo Español de Trabajo en Enfermedad de Crohn y Colitis

Ulcerosa (GETECCU). Recomendaciones sobre tuberculosis y tratamiento de la enfermedad inflamatoria intestinal con infliximab. *Gastroenterol Hepatol*. 2006;29:81–4.

Eduardo Valdivielso Cortázar*,
Jesús María Urman Fernández, Federico Bolado Concejo,
Antonio Viudez Berral
y Francisco Javier Jiménez Mendióroz

Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: eduardovaldi@hotmail.com
(E. Valdivielso Cortázar).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.11.009>

Hepatitis aguda asociada a *Mycoplasma* en paciente adulto sin afectación pulmonar



Mycoplasma-associated acute hepatitis in an adult patient without pulmonary involvement

Sr. Director:

Mycoplasma pneumoniae (MP) es una causa frecuente de infección respiratoria aguda. La mayoría de los pacientes tienen limitada la infección a las vías altas, que es 3 veces más frecuente que la neumonía¹. La prevalencia de la neumonía adquirida en la comunidad (NAC) producida por MP es variable². Una serie prospectiva española de 217 pacientes con NAC hospitalizados ha establecido el diagnóstico bacteriológico de MP en el 16% de los casos³. La infección por MP puede asociarse a manifestaciones extrapulmonares; de estas las más frecuentes son la hemólisis por crioaglutininas, que pueden encontrarse en el 60% de los pacientes con infección por MP⁴ y las lesiones cutáneas, entre las que destaca por su gravedad el poco frecuente síndrome de Stevens-Johnson⁵. La afectación de otros órganos o sistemas es mucho más rara. Entre ellas deben mencionarse las afectaciones del SNC, la cardíaca, la reumatológica, la renal y la gastrointestinal⁶. Entre esta última destacamos la afectación hepática⁷. Describimos un caso de infección por MP que se presentó como hepatitis aguda sin síntomas o signos respiratorios.

Mujer de 38 años vista en mayo de 2013 por fiebre, malestar general y odinofagia de 10 días de evolución, sin mejoría tras tratamiento con azitromicina y amoxicilina/clavulánico. Se evidenció hepatomegalia de 4 cm no dolorosa. Datos de laboratorio: leucocitos 12.100 cél/ μ l, con linfocitosis de 56%. Velocidad de sedimentación globular 1 mm a la primera hora. Estudio de coagulación: INR 1,09; ratio APTT 1,11; fibrinógeno 323 mg.p.dl. Bioquímica: PCR 4,3 mg/dl. Fibrinógeno 425 mg/dl, ALT 812 U/l, AST 574 U/l, GGT 212 U/l. Fosfatasa alcalina 254 U/l, LDH 590 U/l, bilirrubina total 0,4 mg/dl, ferritina 1992 ng/ml. Crioaglutininas

positivas. Los estudios microbiológicos fueron negativos, salvo serología para MP IgM positiva. TC toracoabdominal: parénquima pulmonar normal sin infiltrados ni alteraciones del árbol bronquial. Discreta hepatoesplenomegalia, numerosos ganglios mesentéricos y en la región ileocecal, pequeños. El ecocardiograma fue normal. El tercer día de estancia desarrolló un exantema no pruriginoso y el quinto presentó aftas orales dolorosas. La paciente fue tratada sucesivamente con levofloxacino y claritromicina. A los 2 días de comenzar con este último quedó afebril, mejorando el perfil hepático. Se estableció el diagnóstico de hepatitis aguda por MP sin afectación pulmonar. Diez días más tarde el recuento leucocitario fue normal y la GGT era de 126 U/l, siendo el resto normal.

En la infección por MP la afectación hepática sin afectación pulmonar está descrita en niños como hepatitis colestásica^{8,9}. Más rara es en adultos, si bien hay algunos casos descritos^{7,10}. En todos el diagnóstico se realiza por serología, tras la mejoría con antibioterapia específica, por PCR para *Mycoplasma* si está disponible y demostrando crioaglutininas positivas, dato importante aunque no específico¹¹. La biopsia hepática no se considera necesaria⁹. En cuanto al tratamiento de la infección por MP los antibióticos de elección son los macrólidos, la fluoroquinolonas y la doxiciclina, siendo la azitromicina la opción más recomendada⁶. En los últimos años se están comprobando resistencias a los mismos¹². En nuestro caso el empleo de un macrólido diferente a la azitromicina, la claritromicina, se asoció a la mejoría definitiva del cuadro. Podríamos explicar el inicial fracaso terapéutico con azitromicina quizás por una resistencia real del germen o por una pauta insuficiente de tratamiento.

En conclusión, debemos considerar el diagnóstico de MN en el diagnóstico diferencial de cuadros febriles agudos y disfunción bioquímica hepática.

Bibliografía

1. Klement E, Talkington DF, Wasserzug O, Kayouf R, Davidovitch N, Dumke R, et al. Identification of risk factors for infection

- in an outbreak of *Mycoplasma pneumoniae* respiratory tract disease. Clin Infect Dis. 2006;43:1239.
2. Bartlett JG, Mundy LM. Community-acquired pneumonia. N Engl J Med. 1995;333:1618.
 3. Falguera M, Sacristán O, Nogués A, Ruiz-González A, García M, Manonelles A, et al. Nonsevere community-acquired pneumonia: correlation between cause and severity o comorbidity. Arch Intern Med. 2001;161:1866.
 4. Luby JP. Pneumonia caused by *Mycoplasma pneumoniae* infection. Clin Chest Med. 1991;12:237.
 5. Tay YK, Huff JC, Weston WL. *Mycoplasma pneumoniae* infection is associated wit Stevens-Johnson syndrome, not erythra multiforme (von Hebra). J Am Acad Dermatol. 1996;35:757.
 6. Baum SG. *Mycoplasma pneumoniae* infection in adults. UpToDate. Wolters Kluwer Health. Last updated jul 24, 2013.
 7. Romero-Gomez M, Otero MA, Sanchez-Muñoz D, Ramirez-Arcos M, Larraona JL, Suarez-García E, et al. Acute hepatitis due to *Mycoplasma pneumoniae* infection without lung involvement in adult patients. J Hepatolog. 2006;44:827–8.
 8. Lee SW, Yang SS, Chang CS, Yeh HJ, Chow WK. *Mycoplasma pneumoniae*-associated acute hepatitis in an adult patient without lung infection. J Chin Med Assoc. 2009;72:204–6.
 9. Chang JH, Kwon YS, Kim BK, Son BK, Lee JE, Lim DH, et al. A case of acute hepatitis with *Mycoplasma pneumoniae* infection and transient depression of multiple coagulation factors. Yonsei Med J. 2008;49:1055–9.
 10. Quioc JJ, Trabut JB, Drouhin F, Malbrunot C, Vallet-Pichard A, Pol S, et al. Acute cholestatic hepatitis revealing *Mycoplasma pneumoniae* infection without lung involvement in an adult patient. Eur J Gastroenterol Hepatol. 2009;21:220–1.
 11. Grulich C, Baumert TF, Blum HE. Acute *Mycoplasma pneumoniae* infection presenting as cholestatic hepatitis. J Clin Microbiol. 2003;514–5.
 12. Zhao F, Lv M, Tao X, Huang H, Zhang B, Zang Z, et al. Antibiotic sensitivity of 40 *Mycoplasma pnemoniae* isolates and molecular macrolide-resistant isolates from Beijing, China. Antimicrob Agents Chemother. 2012;56:1108–9.

María Jesús Granda Martín, Cecilia Muñoz Delgado,
Lorena Carretero Medina y Luis Audibert Mena*

Unidad de Corta Estancia, Departamento de Medicina
Interna, Hospital General Universitario Gregorio Marañón,
Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luis.audibert@salud.madrid.org
(L. Audibert Mena).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.12.009>