



CARTA AL DIRECTOR

Mujer de 81 años con hepatitis por citomegalovirus

An 81 year-old woman with cytomegalovirus hepatitis

Sr. Director:

La infección por citomegalovirus (CMV) es frecuente en la población general, tiene una seroprevalencia del 70-80% en personas adultas¹, cursando generalmente de forma asintomática y autolimitada.

Presentamos el caso de una mujer de 81 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular, cardiopatía isquémica y bronquitis crónica, diabetes mellitus, hipercolesterolemia, hipertiroidismo. Seguía tratamiento con pravastatina 10 mg/24 h, nisoldipino 10 mg/24 h, ácido acetilsalicílico 100 mg/24 h, bisoprolol 5 mg/24 h, glimepirida 2 mg/24 h, parche de nitroglicerina 5 mg/24 h, omeprazol 20 mg/24 h, budesonida-formoterol 80 microgramos-4,5 microgramos/2 inhalaciones/12 h, paracetamol a demanda y ramipril 2,5 mg/24 h.

Consultó por cansancio y pérdida de 6 kg de mes y medio de evolución. En los últimos 15 días presentaba náuseas, algún vómito y 10 días antes de la consulta apareció ictericia de piel y mucosas.

La exploración física era normal. En las pruebas complementarias el hemograma era normal, la bilirrubina total 10,42 mg/dl, bilirrubina directa 7,21 mg/dl, bilirrubina indirecta 3,21 mg/dl, fosfatasa alcalina 234 U/l, transaminasa glutámico oxalacética (GOT) 589 U/l, glutámico pirúvica (GPT) 385 U/l, lactodeshidrogenasa 603 U/l, gamma-glutamyltransferasa (GGT) 748 U/l y ferritina 1.334 ng/ml. Anticuerpos antinucleares, antimitocondriales y antimúsculo liso, factor reumatoide y ceruloplasmina fueron negativos. La hemoglobina glucosilada fue de 6,2%. Alfa 1 antitripsina 2,38. Anticuerpos anti-CMV IgM 4,095 Index (hasta 0,399 negativo, de 0,400-0,499 indeterminado y superior a 0,500 positivo), anticuerpos anti-CMV IgG 1.634,0 U/ml. Siendo la serología virus de hepatitis B, C y de Epstein-Barr negativas. La ecografía abdominal mostró una coleditis única sin signos de colecistitis. La resonancia magnética nuclear hepática fue normal.

Como la paciente tenía un buen estado general y era inmunocompetente no se administró ningún tratamiento

antiviral, evolucionando favorablemente. Las alteraciones analíticas se normalizaron a los 6 meses.

Las infecciones por CMV son causadas generalmente por la variante humana del virus, tiene un periodo de incubación de 20-60 días y la enfermedad suele durar entre 2 y 6 semanas². El hígado no es un órgano diana del grupo de virus herpes, por esto la hepatitis es infrecuente. Los virus herpes producen una infección latente que dura toda la vida, por eso cuando aparece la sintomatología, la causa puede ser debida a una infección primaria, una reactivación del virus que está en estado latente, o bien por la reinfección de un nuevo virus. La gravedad de la infección y la incidencia dependen del estado inmunitario y del tipo de infección. La morbilidad y mortalidad de la hepatitis son mayores en la primoinfección y en los pacientes inmunodeprimidos. La infección suele ser autolimitada y afectar a adultos jóvenes, manifestándose por fiebre prolongada con linfomonocitosis y hepatitis leve³⁻⁵. En el paciente adulto, solo en el 10% de los casos de seroconversión hay alguna manifestación clínica. La hepatitis suele ser leve con GOT es menor de 150 U/l y la bilirrubina generalmente es menor de 2 mg/dl, siendo más grave la alteración de enzimas hepáticas solo entre un 15 y un 20% de los casos. De forma infrecuente puede aparecer una hepatitis colestásica y prolongada⁶. En el caso presentado la paciente tenía 81 años de edad y su manifestación principal fue la hepatitis con una cifra elevada de bilirrubina.

El tratamiento de elección del CMV en pacientes graves o con inmunodepresión es el ganciclovir⁷. En este caso no se administró ningún tratamiento antiviral.

Como conclusión, cabe indicar que ante todo paciente que tenga sintomatología de hepatitis con elevación importante de la bilirrubina, aunque sea de edad avanzada, el CMV puede ser la causa.

Bibliografía

1. Kanj SS, Sharara AI, Clavien PA, Hamilton JD. Cytomegalovirus infection following liver transplantation: Review of the literature. *Clin Infect Dis*. 1996;22:537–49.
2. Gróza S. Cytomegalovirus hepatitis (diagnosis and differential diagnosis). *Acta Hepato-Gastroenterol*. 1977;24:340–3.
3. Horwitz CA, Henle W, Henle G, Snover D, Rudnick H, Balfour Jr HH, et al. Clinical and laboratory evaluation of cytomegalovirus-induced mononucleosis in previously healthy individuals. Report of 82 cases. *Medicine (Baltimore)*. 1986;65:124–34.

4. Ragnaud J, Morlat P, Gin H, Dupon M, Delafaye C, du Pasquier P, et al. Aspects cliniques, biologiques et évolutifs de l'infection à cytomegalovirus chez le sujet immunocompétent: à propos de 34 patients hospitalisés. *Rev Méd Interne*. 1994;15:13–8.
5. Pérez JL, Cisneros JM. Infecciones por citomegalovirus. In: *Tratado SEIMC de enfermedades infecciosas y microbiología clínica*. Madrid: Editorial Panamericana;; 2006. p. 747–57.
6. Serna-Higuera C, González-García M, Milicua JM, Muñoz V. Acute cholestatic hepatitis by cytomegalovirus in an immunocompetent patient resolved with ganciclovir. *J Clin Gastroenterol*. 1999;29:276–7.
7. Torre-Cisneros J, Fortún J, Aguado JM, de la Cámara R, Cisneros JM, Gavalda J, et al. Recomendaciones GESITRA-SEIMC y RESITRA sobre prevención y tratamiento de la infección

por citomegalovirus en pacientes trasplantados. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2005;23:424–37.

A.M. Encinas Piñol*, F.J. Nicolás Sánchez,
R.M. Sarrat Nuevo, J. Garreta Messegué,
P. Ardiaca Santaularia y M.A. González Santiveri

*Atención Primaria, Área Básica de Salud Bordeta
Magraners, Lleida, España*

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: aencinas@comll.cat
(A.M. Encinas Piñol).