

a ginecología para valoración de histerectomía y doble anexectomía.

A los 3 meses la paciente fue intervenida por ginecología realizando histerectomía abdominal con doble anexectomía, hallando durante la intervención una nueva lesión de 1 cm adherida a peritoneo parietal, con los mismos resultados anatomopatológicos que las lesiones resecaadas previamente, aunque con un Ki-67 del 35%, sin evidenciar hallazgos patológicos en la pieza de histerectomía con doble anexectomía. Fue remitida a oncología, iniciando tratamiento hormonal adyuvante con tamoxifeno, sin signos de recidiva en la TC de control a los 6 meses.

Aunque normalmente se trata de una enfermedad benigna, se ha descrito progresión hacia malignidad en un 3-5% de los casos<sup>3</sup>. El diagnóstico diferencial se establece principalmente con la leiomiomatosis, la carcinomatosis peritoneal y los linfomas.

Microscópicamente son neoplasias mesenquimales constituidas por fibras musculares lisas, con presencia de receptores hormonales estrogénicos y de progesterona<sup>1,2</sup>, aunque los niveles hormonales del paciente son normales en la mayoría de casos. Por todo ello, se considera que la predisposición individual constituye un factor muy importante en el desarrollo de la enfermedad<sup>3</sup>.

Debido al escaso número de casos descritos, el tratamiento revisado en la bibliografía es variable<sup>1,3</sup>, en función de las características del paciente, desde actitud conservadora con seguimiento clínico-radiológico, hasta la cirugía radical (histerectomía con doble anexectomía y extirpación de todas las lesiones) con el fin de disminuir el influjo hormonal, evitando así la posibilidad de degeneración maligna. En caso de tumores residuales, puede ser útil un tratamiento hormonal adyuvante. El tratamiento con quimioterapia se reserva para aquellos casos que presenten degeneración maligna.

## Bibliografía

1. Ferrario L, Zerbi P, Angiolini MR, Agarossi A, Riggio E, Bondurri A, et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: A case report of recurrent presentation and literature review. 2018;49:25-9.
2. Wu C, Zhang X, Tao X, Ding J, Hua K. Leiomyomatosis peritonealis disseminate: A case report and review of the literature. Mol Clin Oncol. 2016;4:957-8.
3. Bisceglia M, Galliani CA, Pizzolitto S, Ben-Dor D, Giannatempo G, Bergoli AL, et al. Leiomyomatosis peritonealis disseminata: Report of 3 cases with extensive review of the literature. Adv Anat Pathol. 2014;21:201-15.
4. Sekulic M, Moench L, Movahedi-Lankarani S. Disseminated peritoneal leiomyomatosis postmorcellated resection of uterine leiomyomatous tissue. APMIS. 2016;124:1063-71.
5. Gebresellassie HW. Leiomyomatosis peritonealis disseminata in postmenopausal women: A case report with review of literature. Int Med Case Rep J. 2016;9:309-12.

Pablo Rodríguez García\*, Juan Castañer Ramón-Llín, Elena Romera Barba, Ainhoa Sánchez Pérez y José Luis Vázquez Rojas

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, Murcia, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [pablorg924@gmail.com](mailto:pablorg924@gmail.com) (P. Rodríguez García).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2018.12.002>  
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## Barreras para la eliminación del virus de la hepatitis C en el colectivo de hombres que tienen relaciones sexuales con hombres infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana: el elevado riesgo de reinfección. A propósito de un paciente con 6 episodios



### Barriers to hepatitis C virus elimination in MSM living with HIV: The high risk of reinfection. Case study: A patient with 6 episodes

En la última década un número creciente de casos de hepatitis aguda por el VHC (HAC) han sido reportados en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) no protegidas y frecuentemente infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)<sup>1</sup>.

Hasta hace escasamente 2 años, el tratamiento de la HAC se basaba en pautas largas de interferón pegilado asociado a ribavirina (P/R), con una eficacia limitada y efectos adversos severos. La generalización de las pautas con antivirales de

acción directa (AAD) ha revolucionado el escenario terapéutico de esta infección con tasas de curación por encima del 95%<sup>2</sup>. La infección por el VHC curada no deja inmunidad y, por tanto, existe un elevado riesgo de reinfección en pacientes que mantienen conductas sexuales de riesgo o patrones de consumo de tóxicos.

Presentamos el caso de un paciente de HSH de 57 años, afecto de una infección crónica por el VIH con buen control viro-inmunológico en tratamiento antirretroviral; que ha presentado 6 episodios de HAC (tabla 1).

El paciente presentó clínica compatible con hepatitis aguda en 3 de los episodios. En los otros casos, a pesar de no presentar clínica sugestiva se sospechó el diagnóstico al constatar una elevación de las transaminasas en la analítica de control semestral para el VIH que se le realiza al paciente.

Interrogado directamente, el paciente niega consumo de drogas por vía parenteral o prácticas de riesgo, excepto sexo anal desprotegido ocasional, con diferentes parejas sexuales, nunca en grupo. Admite el uso de vasodilatadores inhalados y el uso puntual de drogas estimulantes por vía oral. El paciente ha presentado múltiples enfermedades de transmisión sexual (ETS) durante el seguimiento y, en 4 ocasiones, la HAC se le ha diagnosticado de forma con-

**Tabla 1** Características de los episodios de hepatitis aguda C

Diagnóstico	Posible contagio	Genotipo VHC	Otra ETS	Clínica	Tratamiento	Respuesta viral sostenida
jun'06	¿?	4	—	sí	P/R × 24 semanas	Sí
dic'10	nov'10	1a	Sífilis	sí	P/R × 36 semanas	Sí
sep'13	jul'13	4d	Sífilis	—	P/R × 36 semanas	RV s4
dic'14	ago'14	4d <sup>a</sup>	—	—	P/R × 24 semanas	Sí
feb'17	dic'16	1a	Gangrena de Fournier	—	SOF/LED × 12 semanas	Sí
jun'18	abr'18	1a	Sífilis	sí	GLE/PIB × 8 semanas	Sí

ETS: enfermedad de transmisión sexual; GLE/PIB: glecaprevir/pibrentasvir; P/R: interferón pegilado + ribavirina; RV: respuesta viral; SOF/LED: sofosbuvir/ledipasvir; VHC: virus de la hepatitis C.

<sup>a</sup> Estudio de filogenia: el virus actual del paciente 4d es diferente al previo.

mitante. Los 4 primeros episodios fueron tratados con P/R con una duración de 24 semanas, prolongada a 36 semanas en 2 episodios en los que el tratamiento se inició más allá de los 6 meses tras la exposición. En todos los casos se obtuvo la respuesta viral sostenida (RVS), excepto en uno que la reinfección ocurrió antes de completar los 3 meses postratamiento. En esta ocasión, y a petición del paciente tras un contacto de riesgo, se solicitó la determinación del ARN-VHC a las 6 semanas postratamiento, que resultó positivo. El genotipo viral informado fue 4d, el mismo que el tratado previamente, por lo que se realizó un estudio filogenético que confirmó que se trataba de una reinfección ya que la cepa del VHC identificada fue diferente a la anterior.

Un metaanálisis publicado recientemente recoge la información existente en la literatura sobre reinfección y pone de manifiesto que el grupo de pacientes más vulnerables a reinfectarse son los pacientes HSH/VIH<sup>+</sup><sup>3</sup>. En este sentido un amplio estudio colaborativo europeo con 606 casos de HAC en pacientes HSH/VIH<sup>+</sup> demuestra una tasa de reinfección media de 7,3 casos por 100 pacientes y año de seguimiento (p/a)<sup>4</sup>.

El aumento de la incidencia de HAC por vía sexual en el HSH/VIH<sup>+</sup> se ha atribuido a varios factores: la existencia de una mayor carga viral del VHC en sangre y semen en estos pacientes VIH<sup>+</sup>, ciertas prácticas sexuales en las que hay un mayor riesgo de daño de la mucosa, la presencia de otras ETS ulcerativas (presentes en 4 de los 6 episodios de nuestro paciente), un mayor número de parejas sexuales y el uso de drogas recreativas o bien su consumo intencional para potenciar y alargar las relaciones sexuales.

En 2012, en el Hospital Clínic de Barcelona, publicamos el primer brote epidémico de HAC en HSH/VIH<sup>+</sup> en España<sup>5</sup>. Hasta diciembre de 2017 se han diagnosticado 35 episodios de reinfección de un total de 265 casos de HAC en HSH/VIH<sup>+</sup> (datos no publicados); así la tasa de reinfección en nuestro medio se eleva a 22 casos por 100p/a, muy superior a la media europea. Este dato nos alerta de la necesidad de implementar campañas de promoción de la salud, evaluar estrategias de cribado en esta población de alto riesgo, iniciar tratamiento de forma precoz y ofrecer programas de reducción de daños para evitar nuevos contagios; de esta

manera podremos alcanzar el objetivo de la OMS de reducir la incidencia de las hepatitis víricas en un 90% para el año 2030.

## Bibliografía

- Boesecke C, Rockstroh JK. Acute hepatitis C in patients with HIV. *Semin Liver Dis.* 2012;32:130–7.
- The European Guidelines for treatment of HIV-positive adults in Europe (version 9.1 - October 2018).
- Falade-Nwulia O, Sulkowski MS, Merkow A, Latkin C, Mehta SH. Understanding and addressing hepatitis C reinfection in the oral direct-acting antiviral era. *J Viral Hepat.* 2018;25:220–7.
- Ingiliz P, Martin TC, Rodger A, Stellbrink HJ, Mauss S, Boesecke C, et al., NEAT study group. HCV reinfection incidence and spontaneous clearance rates in HIV-positive men who have sex with men in Western Europe. *J Hepatol.* 2017;66:j282–7.
- Laguno M, Martínez-Rebollar M, Perez I, Costa J, Larrousse M, Calvo M, et al. Low rate of sustained virological response in an outbreak of acute hepatitis C in HIV-infected patients. *AIDS Res Hum Retroviruses.* 2012;28:1294–300.

Montserrat Laguno<sup>a,b,\*</sup>, María Martínez-Rebollar<sup>a,b</sup>, Lorena de la Mora<sup>a</sup>, Sofía Pérez-del-Pulgar<sup>b,c,d</sup> y Josep Mallolas<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital de día de VIH, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>b</sup> Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, España

<sup>c</sup> Servicio de Hepatología, Hospital Clínic, Barcelona, España

<sup>d</sup> Centro de Investigación Biomédica en Red en el Área temática de Enfermedades Hepáticas (CIBERehd), Madrid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mlaguno@clinic.cat](mailto:mlaguno@clinic.cat) (M. Laguno).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2019.04.005>  
0210-5705/

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.