



CARTAS CIENTÍFICAS

Una presentación poco común de la mononucleosis infecciosa



Infectious mononucleosis with atypical presentation

Presentamos el caso clínico de un varón de 27 años, alérgico al dextetoprofeno y sin antecedentes médicos relevantes, que consulta en su centro de salud por odinofagia y fiebre de 10 días de evolución, por lo que ante la sospecha de faringoamigdalitis bacteriana, recibe tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina 500 mg cada 8 h. Tres días después, y sin mejoría de la clínica inicial, aparece ictericia, coluria, náuseas y diarrea sin productos patológicos, por lo que acude a urgencias. Niega consumo de otros fármacos, drogas o productos de herboristería. En la exploración física destaca: fiebre de 39 °C, ictericia, hepatomegalia dolorosa, edema laterocervical bilateral y orofaringe eritematosa. El análisis sanguíneo revela leucocitosis de $25,90 \times 10^9/l$ con predominio de linfocitos ($16,20 \times 10^9/l$), bilirrubina total de 15,5 mg/dl (bilirrubina directa 9,43 mg/dl), GOT de 211 U/l, GPT de 280 U/l, FA de 443 U/l, GGT de 314 U/l, LDH de 1.102 U/l y proteína C reactiva de 24,7 mg/l. La ecografía abdominal describe hepatomegalia sin lesiones focales, esplenomegalia de 16,7 cm, 2 adenopatías en hilio hepático de significado inespecífico y la vía biliar intra y extrahepática de calibre normal. Se decide ingreso en digestivo, durante el cual persiste fiebre intermitente y aparece un *rash* cutáneo eritematoso morbiliforme y maculopapular con afectación de tronco, extremidades superiores y raíz proximal de extremidades inferiores. Los hemocultivos son negativos. Se realizan serologías de virus hepatotropos y VIH, así como TC cervical, torácico y abdominal para descartar un síndrome linfoproliferativo, observando adenopatías generalizadas cervicales, torácicas y abdominales (menores de 1 cm y no cavitadas), hepatoesplenomegalia homogénea y mínima ascitis. La analítica de control tras 4 días de ingreso muestra empeoramiento del perfil hepático hasta alcanzar un pico de bilirrubina total de 20,38 mg/dl (bilirrubina directa 13,3 mg/dl), GOT de 263 U/l, GPT de 294 U/l, FA de 648 U/l y GGT de 513 U/l.

Las serologías demuestran positividad para anticuerpos anti-VCA IgM del virus de Epstein-Barr ($> 160 U/ml$), siendo el resto de las solicitadas negativas (VHA, VHB, VHC, VHE, CMV, VVZ, VHS, VIH y *Treponema pallidum*), confirmando el diagnóstico final de mononucleosis infecciosa con afectación predominantemente hepática y *rash* cutáneo secundario a la administración de amoxicilina en contexto de infección aguda por el virus de Epstein-Barr (VEB). Se administró tra-

tamiento sintomático desde el inicio y finalmente se decide iniciar tratamiento con ganciclovir intravenoso a dosis de 5 mg/kg/cada 12 h debido a la gravedad del cuadro. Posteriormente, el paciente presenta una rápida mejoría clínica y analítica con cifras de bilirrubina total de 9 mg/dl (bilirrubina directa 6,64 mg/dl), GOT de 146 U/l y GPT de 360 U/l tras 5 días de tratamiento antiviral, por lo que es dado de alta a los 10 días de ingreso. En el control analítico realizado a las 4 semanas posteriores al alta hospitalaria se observa una completa normalización del perfil hepático.

El VEB es un herpes virus ampliamente distribuido con una seroprevalencia estimada del 90-95% en adultos a nivel mundial¹. La mayoría de las infecciones son asintomáticas, sin embargo, puede manifestarse con la tríada típica de fiebre, faringoamigdalitis y linfadenopatías, conocida como mononucleosis infecciosa². La elevación leve de transaminasas es frecuente, pero la aparición de ictericia y colestasis en dicho contexto es rara, con una incidencia menor al 5%¹⁻³. Se han publicado casos excepcionales de fallo hepático fulminante, la mayoría de ellos en pacientes inmunodeprimidos^{4,5}. La fisiopatología de la ictericia secundaria a la infección por VEB no está bien definida, aunque se cree que puede estar relacionada principalmente con mecanismos inmuno-mediados^{1,2}.

El tratamiento de la mononucleosis infecciosa es principalmente sintomático^{1,2}. La indicación de los antivirales en esta entidad no está bien establecida debido a la falta de evidencia sobre su eficacia^{1,2}. Sin embargo, en la literatura hay casos descritos con afectación hepática grave que presentaron buena evolución tras su uso^{6,7}.

Como conclusión, se debe considerar la infección por VEB en el diagnóstico diferencial de una hepatitis aguda ictericia, a pesar de ser poco común. Aunque haya poca evidencia, existen varios casos clínicos con tratamiento exitoso con ganciclovir.

Bibliografía

1. Khoo A. Acute cholestatic hepatitis induced by Epstein-Barr virus infection in an adult: A case report. *J Med Case Rep* 10. 2016; 75.
2. Kofteridis D, Koulentaki M, Valachis A, Christofaki M, Mazokopakis E, Papazoglou G, et al. Epstein-Barr Virus hepatitis. *Eur J Intern Med*. 2011;22:73–6.
3. Vine LJ, Shepherd K, Hunter JG, Madden R, Thornton C, Ellis V, et al. Characteristics of Epstein-Barr virus hepatitis among patients with jaundice or acute hepatitis. *Aliment Pharmacol Ther*. 2012;36:16–21.
4. Shaw N, Evans J. Liver failure Epstein-Barr virus infection. *Arch Dis Child*. 1988;63:432–45.

5. Devereaux CE, Bemiller T, Brann O. Ascites and Severe Hepatitis Complicating Epstein-Barr Infection. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:236–40.
6. Cauldwell K, Williams R. Unusual presentation of Epstein-Barr virus hepatitis treated successfully with valganciclovir. *J Med Virol*. 2014;86:484–6.
7. Rafailidis P, Mavros MN, Kapaskelis A, Falagas ME. Antiviral treatment for severe EBV infections in apparently immunocompetent patients. *J Clin Virol*. 2010;49:151–7.

Anna Puy Guillén* y Hernán Andreu Serra

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Llàtzer, Palma de Mallorca, Islas Baleares, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: anna.puyguillen@gmail.com (A. Puy Guillén).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.08.013>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Quiste mesentérico infectado por *Salmonella typhimurium*



Mesenteric cyst infected with *Salmonella typhimurium*

Los quistes mesentéricos son lesiones intraabdominales poco frecuentes. Representan aproximadamente 1 de cada 100.000 ingresos hospitalarios en adultos y 1 de cada 20.000 en niños, cerca del 60% surgen antes de los 5 años¹.

Pueden localizarse en cualquier punto del mesenterio, desde duodeno hasta recto, pero su localización más frecuente es el mesenterio del intestino delgado, concretamente del ileon². No hay una evidencia clara de su etiología por lo que se le han atribuido distintas causas (congénita, neoplásica, adquirida, idiopática). La clasificación más reciente se basa en su origen en función de los hallazgos histológicos e inmunohistoquímicos: linfático, mesotelial, urogenital, entérico, dermoide o pseudoquiste³.

Existen principalmente tres formas de presentación clínica. La forma asintomática es la más frecuente y se diagnostica de forma incidental en pruebas complementarias o cirugías. La forma indolente predomina en adultos y los síntomas más frecuentes son dolor abdominal (80%), distensión y masa abdominal (30-50%). En la edad pediátrica predomina la forma complicada (ruptura, infección, obstrucción...)¹.

Presentamos el caso de un paciente de 19 años, sin antecedentes de interés, que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución compatible con apendicitis aguda. Se indica intervención quirúrgica urgente con el hallazgo incidental de quiste mesentérico de gran tamaño (fig. 1A). Se realiza apendicectomía laparoscópica con resultado anatomopatológico de apéndice cecal sin alteraciones histológicas. En el postoperatorio se completa estudio de TAC abdominal donde se evidencia masa quística de 7,7 x 10,3 x 3 cm en flanco derecho que sugiere tumoración mesentérica benigna (fig. 1B).

Dado de alta sin incidencias, reingresa a los 15 días por cuadro de dolor abdominal y fiebre persistente. Se repite TAC evidenciando masa quística conocida complicada (fig. 1C). Se indica drenaje percutáneo extrayendo muestra del líquido para cultivo, en los resultados microbiológicos se aísla *Salmonella* entérica, subespecie I, serogrupo B. El paciente no presenta clínica de diarrea ni recuerda episo-

dios previos recientes, único antecedente reseñable es un viaje a Marruecos hace un mes. Ante estos hallazgos se solicita coprocultivo que resulta positivo para el mismo germen. Se realiza serotipado de las cepas perteneciendo ambas al serotipo *Typhimurium*. Tras mejoría clínica y ecográfica es dado de alta.

Al mes se interviene de forma programada realizando exéresis de quiste mesentérico por laparoscopia, se observa disminución del tamaño e importante reacción inflamatoria periquística. Se reinterviene el segundo día por sospecha de perforación intestinal, hallándose peritonitis purulenta y perforación a nivel de colon transversal. Se realiza lavado profuso de cavidad abdominal más sutura primaria por laparoscopia. Posteriormente evoluciona de forma favorable. En los cultivos obtenidos del quiste resecado y un segundo coprocultivo no se aísla *Salmonella*.

En el estudio anatomopatológico se observa una formación quística constituida por varias capas concéntricas, con inflamación panmural perforada y abscesificada (fig. 1D). El estudio inmunohistoquímico fue positivo para actina de músculo liso y desmina confirmando una capa muscular concéntrica, no se observan restos de revestimiento epitelial ni mesotelial. Los hallazgos sugieren una duplicación intestinal quística.

Los quistes mesentéricos son una entidad rara con una etiología variada. Independientemente de su presentación la cirugía es el tratamiento de elección para evitar la transformación maligna y prevenir complicaciones. La aspiración del quiste como único tratamiento no se recomienda por su alta recurrencia³.

La infección de un quiste mesentérico es una complicación infrecuente con pocos casos descritos en la literatura médica. El mecanismo suele ser desconocido, pudiendo ser por diseminación linfática, hematógena o por contigüidad⁴.

A excepción de *Salmonella typhi*, responsable de la fiebre tifoidea y cuyo único reservorio es humano, los serotipos de *Salmonella* no tifoideos se encuentran en la flora intestinal de varias especies animales y se transmiten a los humanos a través de alimentos contaminados. La gastroenteritis es la principal manifestación clínica, siendo poco frecuentes las infecciones extraintestinales⁵.

En conclusión, presentamos un raro caso de quiste mesentérico infectado por *Salmonella typhimurium* con sospecha de diseminación por contigüidad dado su origen entérico, pero sin poder descartar la vía linfática o hematógena a partir de una gastroenteritis, y destacamos la