

VIRUS DEL HERPES SIMPLE COMO CAUSA DE FALLA HEPÁTICA FULMINANTE EN UNA PACIENTE OBSTÉTRICA ¿PAPEL POTENCIAL DE LA TERAPIA MARS? A PROPÓSITO DE UN CASO



INTRODUCCIÓN:

La insuficiencia hepática aguda (ALF) también conocida como falla hepática fulminante es una afección rara pero **potencialmente mortal** que está caracterizada por una disfunción súbita de la función hepática asociada a **coagulopatía y encefalopatía** dentro de las 8 semanas posteriores a la aparición de los primeros síntomas en ausencia de enfermedad hepática preexistente. Una amplia variedad de etiologías puede causarla, sin embargo se desconoce la incidencia exacta, entre las etiologías virales se ha documentado que el virus del herpes simple (VHS)1 como el 2 son los responsables solo del **0.8 % de ALF y del 1 a 2% de hepatitis viral**

CON UNA MORTALIDAD DE HASTA 82-85 % EN PACIENTES NO TRATADAS

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LABORATORIO Son inespecíficas e incluyen **fiebre, odinofagia**, anorexia con náusea y vómito, dolor abdominal, leucopenia, trombocitopenia, **reactante de fase aguda elevado, coagulopatía e insuficiencia renal**

CASO CLÍNICO:

MUJER DE 22 AÑOS, PRIMIGESTA CON EMBARAZO DE 37.1 SDG

Previamente sana, se presentó al departamento de urgencias de gineco-obstetricia por presentar **fiebre** de 48 horas de evolución acompañado de **odinofagia, dolor abdominal intenso, ictericia**, prurito y coluria. Inicia con deterioro del estado clínico con **transaminasemia** e inicio de **coagulopatía**, al 12vo día la **encefalopatía** era evidente.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Ictericia generalizada, no lesiones mucocutáneas visibles, no megalias palpables, **linfadenopatía cervical**

DISCUSION:

Identificar la etiología de la falla hepática fulminante es esencial para guiar el tratamiento y establecer pautas adecuadas. La hepatitis por herpes simple sigue siendo una causa potencialmente letal de hepatitis necrotizante aguda, con una mortalidad tan alta como el 90% en algunos informes. Se ha documentado principalmente en pacientes inmunodeprimidos, mujeres **embarazadas** y neonatos. El diagnóstico de la hepatitis por herpes es desafiante, debido a la falta de signos o síntomas específicos. La presentación de VHS es muy variable con una amplia gama de características clínicas que van desde síntomas ausentes hasta síntomas graves con un **desenlace fatal** como fue nuestro caso. La paciente solo presentaba **fiebre y linfadenopatía**. La sospecha clínica inicial fue de origen obstétrico como **Síndrome HELLP e hígado agudo graso en el embarazo** ya que son causas con mayor prevalencia en la paciente obstétrica, como parte del abordaje se solicitó **PANEL VIRAL e INMUNOLÓGICO**. La presencia de elevación de transaminasas superior a 10 veces el límite de los valores basales sugieren **lesión hepática isquémica, tóxica o viral** motivo por el cual se requiere un abordaje complementario. El periodo de incubación es corto, promedio para inicio de **síntomas sistémicos es 4 días**, con un rango

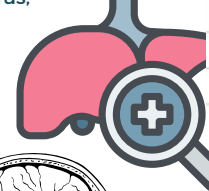
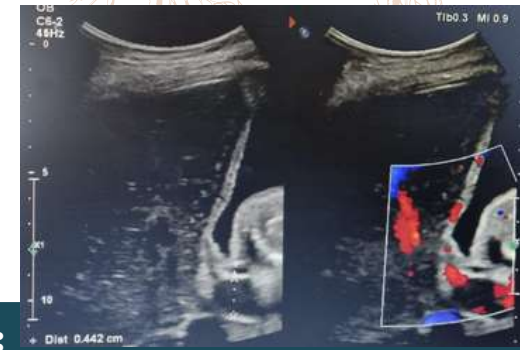
Bibliografía:

1. Stravitz RT, Lee WM. Acute liver failure. Lancet 2019;394:869-81. 2. Rimawi BH, Meserve J, Rimawi RH, Min Z, Gnann JW. Disseminated herpes simplex virus with fulminant hepatitis. Case Reports Hepatol 2015;2015:01-4 3. Then EO, Gayam V, Are VS, Sunkara T, Gaduputi V. Herpes simplex virus hepatitis: a brief review of an overlooked pathology. Cureus 2019;11:e4313.doi:10.7759/cureus.4313. 4. Zheng Z, Li X, Li Z, Ma X. Artificial and bioartificial liver support systems for acute and acute-on-chronic hepatic failure: A meta-analysis and meta-regression. Exp Ther Med 2013. October;6(4):929-936

OBJETIVO:

Destacar el abordaje y terapéutica a seguir en un caso de falla hepática fulminante de origen viral, con el propósito de generar conocimiento acerca de un tema poco frecuente en la paciente obstétrica pero con evolución potencialmente mortal, donde la literatura es limitada,

	DÍA 1	DÍA 2	DÍA 3	DIA 4
TP	121.6	117.1	76.5	211
INR	10.3	2.45	6.58	11.3
ALT	218	69	56	51
AST	264	77	76	73
BILIS TOTAL	24.1	22.7	25.1	27.1
BILIS IND	16.8	18.6	21.2	23.4



TAC DE CRÁNEO

Disminución de la profundidad de los surcos y cisuras, **cerebelo hiperdenso**

USG ABDOMINAL

Hepatoesplenomegalia leve, hígado con cambios en relación a **edema** de parénquima hepático, adenopatía hilar, **líquido libre** laminar perihepático

ANGIOTAC CRÁNEO

Ausencia de flujo vascular arterial y venoso intracraneal

AUTOPSIA:



HERNIACIÓN AMIGDALINA CEREBELOSA

Parénquima hepático con áreas de hemorragia subcapsular y múltiples zonas irregulares de necrosis hepática difusa, datos morfológicos y clínicos de insuficiencia hepática aguda de origen viral

INICIO TERAPIA MARS

IgM: Ac Anti Epstein Barr, Ac Anti CMV, Rubeola, Toxoplasma; VIH, HBsAg, Anti HAV, Ac Anti Hepatitis C, ANA, AMA-M2

NEGATIVO

HERPES VIRUS I IgM POSITIVO

AMONIO 162 MMOL/L

de 2 a 12 días, en este caso la paciente presentaba compromiso multisistémico al **12vo día** del inicio de los síntomas.

La ALF debida al VHS es una de las pocas enfermedades con un tratamiento probado. El impacto principal de la terapéutica está en el tratamiento antiviral temprano, el aciclovir es el agente antiviral más utilizado.

Debido al deterioro clínico de la paciente a pesar de la terapia médica máxima y ser candidata a trasplante hepático urgente, se decidió como medida complementaria emplear la terapia **MARS** aplicando 2 sesiones, observando mejoría parcial de hiperbilirrubinemia y transaminasemia.

A pesar de la evidencia en la literatura sobre la **mejoría** de la respuesta a **corto plazo** de la falla hepática, los resultados relacionados con la **mortalidad son controvertidos**.

CONCLUSIONES:

1. La falla hepática fulminante es una afección **POTENCIALMENTE MORTAL** y el VHS como etiología debe sospecharse en función de los antecedentes, manifestaciones clínicas y laboratoriales
2. No todas las enfermedades hepáticas en el embarazo están relacionadas con el propio embarazo, se debe realizar diagnóstico diferencial
3. Cuando existe sospecha diagnóstica **DEBE INICIARSE** terapia antiviral
4. La terapia MARS mejora la respuesta a corto plazo de la función hepática en pacientes con AFL, con el objetivo de cerrar la brecha hacia el trasplante
5. Se debe individualizar cada caso, no todas las pacientes con falla hepática fulminante se benefician de la TERAPIA MARS, ya que en esos casos la mortalidad **NO** mejora.

