

Esofagitis herpética en un adolescente inmunocompetente. A propósito de un caso

M. Sánchez Carbonell¹, J. Almendros Vidal¹, H. Climent Antolí¹, C. Pérez Rueda¹, J. Pérez Serra², P. Escrivá Tomás¹

¹Servicio de Pediatría. ²Sección de Medicina Digestiva. Servicio de Medicina Interna. Hospital SVS «Mare de Déu dels Liris». Alcoy (Alicante)

Resumen

La esofagitis herpética se ha documentado ampliamente en pacientes inmunodeficientes, pero en pocas ocasiones se ha descrito en pacientes pediátricos inmunocompetentes. La gran mayoría de infecciones se deben al virus herpes simple tipo 1, aunque también se han descrito casos causados por el virus herpes simple tipo 2. Su aparición puede deberse a una reactivación del virus o, con menor frecuencia, a una primoinfección herpética. Las manifestaciones clínicas características son fiebre, odinofagia y dolor retroesternal. En pacientes inmunocompetentes, suele manifestarse como una enfermedad aguda autolimitada. La realización de una endoscopia alta permite establecer el diagnóstico de sospecha de la esofagitis herpética. Las imágenes macroscópicas suelen mostrar eritema y lesiones ulcerosas en la mucosa esofágica, y el estudio anatomopatológico cuerpos de inclusión intranucleares Cowdry tipo A. El diagnóstico se confirma mediante cultivo o reacción en cadena de la polimerasa para el virus en la muestra de biopsia. El tratamiento con aciclovir en pacientes sanos es controvertido, ya que es un proceso autolimitado. Presentamos un caso de esofagitis herpética de un adolescente inmunocompetente que se inició de forma aguda con síntomas severos del tracto digestivo alto. Es importante tener en cuenta esta entidad ante la presentación de casos agudos de odinofagia.

Palabras clave: Esofagitis herpética, paciente inmunocompetente, primoinfección herpética, adolescente, aciclovir.

Abstract

Title: Herpetic esophagitis in an immunocompetent teenager. A case report

Herpes simplex virus esophagitis has been widely reported in immunocompromised patients, but has rarely been described in the immunocompetent pediatric patient. The vast majority of infections are related to herpes simplex

Fecha de recepción: 23/04/15. Fecha de aceptación: 23/06/15.

Correspondencia: P. Escrivá Tomás. Servicio de Pediatría. Hospital SVS «Mare de Deu dels Liris». Polígon de Caramanxel, s/n. 03804 Alcoy (Alicante). Correo electrónico: escriva_pas@gva.es

Cómo citar este artículo: Sánchez Carbonell M, Almendros Vidal J, Climent Antolí H, Pérez Rueda C, Pérez Serra J, Escrivá Tomás P. Esofagitis herpética en un adolescente inmunocompetente. A propósito de un caso. Acta Pediatr Esp. 2015; 73(10): e265-e270.

type 1, although herpes simplex type 2 has occasionally been reported. Its occurrence may be due to reactivation of a previous infection, or less often, it's a primary infection. The most common clinical features are fever, odynophagia and retroesternal pain. In immunocompetent patients, it occurs as an acute onset process and it's self-limited in time. Upper endoscopy can lead to a suspicion diagnosis of herpetic esophagitis. Endoscopic findings typically show erythema and ulcers of the oesophageal mucosa and histopathologic examination includes multinucleated giant cells, with ground glass nuclei and eosinophilic inclusions (Cowdry type A inclusion bodies). Tissue viral culture or polymerase chain reaction on histologic samples is required to confirm the diagnosis. Treatment with Acyclovir in healthy patients is controversial as it is a self-limited process. We report a case of acute herpetic esophagitis in an immunocompetent host that debuted with severe acute upper gastrointestinal tract symptoms. It's important to keep in mind this entity when facing an acute case of odynophagia.

Keywords: Herpetic esophagitis, immunocompetent patient, primary herpetic infection, teenager, aciclovir.

Introducción

La esofagitis es una enfermedad relativamente frecuente en pediatría. Su causa suele ser de origen no infeccioso, y la forma más habitual es la esofagitis péptica inducida por reflujo gastroesofágico. Las esofagitis de origen infeccioso suceden principalmente en huéspedes inmunocomprometidos (infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana [VIH]), inmunosuprimidos o con enfermedades sistémicas graves¹. Los agentes infecciosos implicados más comúnmente son *Candida*, citomegalovirus (CMV) o virus herpes simple (VHS).

La esofagitis herpética en pacientes inmunocompetentes es una entidad poco frecuente². La gran mayoría de los casos están causados por el VHS tipo 1, aunque también existen algunos casos documentados causados por el VHS tipo 2. Suele deberse con mayor frecuencia a una reactivación del VHS, y es rara la esofagitis por primoinfección herpética. En ocasiones, estos cuadros están precipitados por otros cuadros infecciosos concomitantes.

Esta entidad debe sospecharse ante un cuadro clínico de presentación aguda sin una causa aparente, y con presencia de fiebre, dolor retroesternal, odinofagia y disfagia. Todo ello puede coexistir con lesiones herpéticas labiales o úlceras orofaríngeas. El diagnóstico se basa en los hallazgos endoscópicos, confirmados por el estudio anatomopatológico de las lesiones, el cultivo viral, los estudios de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del VHS o tras observar una seroconversión. La actitud terapéutica depende del estado inmune del paciente. El tratamiento con aciclovir está indicado en pacientes inmunocomprometidos; en cambio, su administración en huéspedes inmunocompetentes es controvertida, puesto que se trata de una entidad autolimitada que tiende a la resolución espontánea y con baja probabilidad de complicaciones.

Exponemos el caso de un paciente inmunocompetente con esofagitis herpética que se inició de forma aguda con fiebre y síntomas del tracto digestivo alto.

Caso clínico

Varón de 14 años de edad, que consultó en el servicio de urgencias por presentar disfagia y odinofagia intensas, con fiebre desde 5 días antes. Igualmente, refería un dolor retroesternal e infraclavicular izquierdo que aparecía exclusivamente con la deglución, impidiendo la ingesta. No se constataron episodios de atragantamiento ni antecedente de ingesta de productos cáusticos. Recibía tratamiento antibiótico de amplio espectro por vía oral desde hacía 3 días, prescrito en atención primaria tras un diagnóstico de faringoamigdalitis, sin haber presentado mejoría clínica.

Entre sus antecedentes constaba haber padecido varicela al año de vida. No se registraron síntomas sugestivos de reflujo gastroesofágico, ni de alergias reconocidas. Fue intervenido de hidrocele.

El paciente fue hospitalizado con una notable afectación del estado general y signos de deshidratación leve-moderada. No se visualizaban lesiones mucosas ni cutáneas peribucales ni orofaríngeas, y tampoco dolor a la palpación o movilización del cuello y el tórax. El resto de exploración física resultó también normal.

En el estudio analítico realizado en el momento del ingreso, el recuento hemático celular fue normal para las tres series celulares, con una leve elevación de la urea y un aumento de reactantes de fase aguda; el ionograma y el resto de parámetros bioquímicos resultaron normales.

Se procedió a la administración de fluidoterapia y analgesia intravenosas. Se practicó un estudio esofagogoscópico, en el que se apreció la presencia de múltiples ulceraciones confluentes (figura 1). Se tomaron muestras para biopsias, con la finalidad de realizar estudios histológico y de biología molecular. La PCR resultó positiva para el VHS tipo 1 y negativa para el resto de virus estudiados (VHS 2, CMV, virus de Epstein-Barr, virus de la varicela y VHS tipo 6). El informe anatomopatológico describía un infiltrado de neutrófilos sin presencia de cuerpos de inclusión (figura 2).

Una vez confirmado el diagnóstico de esofagitis herpética por el VHS tipo 1, se procedió al cribado de una eventual afectación del sistema inmunitario. Los niveles de inmunoglobulinas, complemento, subpoblaciones linfocitarias y niveles CD4/CD8 resultaron normales y la detección del VIH, negativa. En muestras sanguíneas obtenidas de manera seriada se comprobó la seroconversión del paciente para el VHS tipo 1.

El paciente recibió tratamiento con aciclovir por vía intravenosa, que completó hasta 10 días por vía oral. La evolución fue satisfactoria, remitiendo la fiebre y los síntomas a los 3 días del ingreso. No se presentaron complicaciones durante el ingreso, ni en el seguimiento posterior al que fue sometido el paciente.

Discusión

A pesar de la alta prevalencia de infecciones herpéticas en niños (lesiones orales y orofaríngeas), la esofagitis herpética en el paciente pediátrico inmunocompetente es una enfermedad rara. Debe sospecharse esta entidad ante un caso de presentación aguda de fiebre, odinofagia, disfagia y dolor retroesternal. En la bibliografía se ha descrito la presencia de un cuadro seudogripal precedente³, como ocurrió en este paciente. Se requiere un alto grado de sospecha y realizar un examen endoscópico precoz para la confirmación diagnóstica.

El origen de la infección suele ser por reactivación del virus en los pacientes inmunocomprometidos, mientras que en los pacientes inmunocompetentes suele estar en relación con la primoinfección herpética, habitualmente por una extensión local del virus desde un foco orofaríngeo⁴. Se postula que el estrés podría estar implicado en la reactivación del virus, circunstancia que siempre debe tenerse en cuenta⁵.

Al realizar el estudio endoscópico, las imágenes macroscópicas orientan la etiología del cuadro, pero la toma de muestras para el estudio anatomopatológico y el cultivo viral y/o el estudio de biología molecular permiten establecer el diagnóstico definitivo. Otro método suplementario es comprobar la seroconversión del virus en el estudio inmunológico de laboratorio.

El manejo terapéutico de la esofagitis por el VHS depende del estado inmune del huésped. En los niños inmunodeprimidos, el tratamiento de elección es el aciclovir, una práctica bastante aceptada y bien establecida. El uso de este fármaco en los pacientes inmunocompetentes sigue siendo discutible, puesto que suele tratarse de una entidad autolimitada y con bajo riesgo de complicaciones, si bien no exento de ellas⁶. Aunque la experiencia de tratamiento en este grupo poblacional es limitada, dada la baja prevalencia del cuadro, algunos estudios avalan que el inicio precoz del tratamiento con aciclovir en este grupo de pacientes acorta la resolución de los síntomas y ayuda a evitar las complicaciones^{3,5,7,8}. Es importante pensar en un posible diagnóstico de esofagitis herpética ante casos de odinofagia aguda, incluso en ausencia de lesiones orales o peribucales.

Respecto al seguimiento de estos pacientes, cabe remarcar la posibilidad de una asociación de esofagitis herpética a otras enfermedades, particularmente la aparición posterior de una esofagitis eosinofílica. Parece prudente manejar esta posibilidad, e incluso sería recomendable la realización de endoscopias sucesivas al respecto⁹.

Bibliografía

1. Buss DH, Scharyj M. Herpes virus infection of the esophagus and other visceral organs in adults. *Am J Med.* 1979; 66: 457-462.
2. Genereau T, Rozenberg F, Bouchaud O, Marche C, Lortholary O. Herpes esophagitis: a comprehensive review. *Clin Microbiol Infect.* 1997; 3: 397-407.
3. De la Riva S, Muñoz-Navas M, Rodríguez-Lago I, Carrascosa J, Idoate MA, Carias R. Herpetic esophagitis: a case report on an immunocompetent adolescent. *Rev Esp Enferm Dig.* 2012; 104: 214-217.
4. Bastian JF, Kaufman LA. Herpes simplex esophagitis in a healthy 10-year-old boy. *J Pediatr.* 1982; 100: 426-427.
5. Vidica Marinho A, Mendes Bonfim V, Rodrigues de Alencar L, Alves Pinto S, Alves de Araujo Filho J. Herpetic esophagitis in immunocompetent medical student. *Case Rep Infect Dis.* 2014. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2014/930459> [consultado el 17 de junio de 2015].
6. Chusid MJ, Oechler HW, Werlin SI. Herpetic esophagitis in an immunocompetent boy. *Wisc Med J.* 1992; 91: 71-72.
7. Kurahara K, Aoyagi K, Nakamura S, Kuwano Y, Yamamoto C, Iida M. Treatment of herpes simplex esophagitis in an immunocompetent patient with intravenous acyclovir. A case report and review of literature. *Am J Gastroenterol.* 1998; 9: 2.239-2.240.
8. Al-Hussaini AA, Fagih MA. Herpes simplex ulcerative esophagitis in healthy children. *Saudi J Gastroenterol.* 2011; 17: 353-356.
9. Barrio Torres J, López Carreira M, Gandolfo Cano M, Rivero Martín MJ. Esofagitis herpética y eosinofílica: ¿existe alguna relación entre ambas entidades? *An Pediatr (Barc).* 2011; 74: 426-428.



Figura 1. Presencia de múltiples úlceras bien delimitadas y confluentes

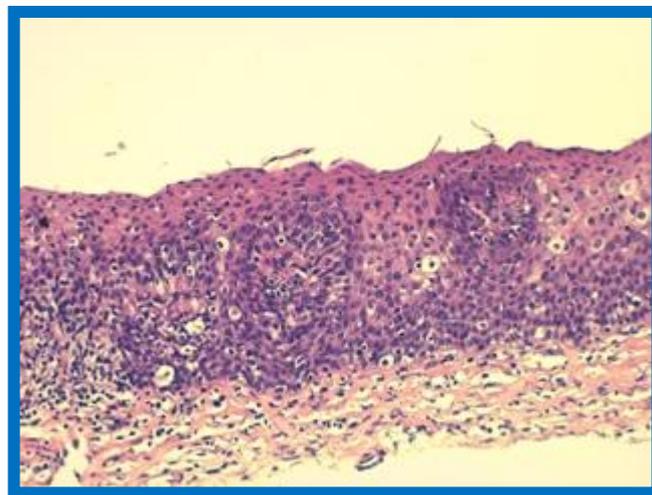


Figura 2. Infiltrado neutrofílico. No se aprecian cuerpos de inclusión