

NOTA CLÍNICA

Esofagitis herpética: presentación en adolescente inmunocompetente

Susana de la Riva¹, Miguel Muñoz-Navas¹, Iago Rodríguez-Lago¹, Juan Carrascosa¹, Miguel Ángel Idoate² y Rafael Carías²

¹Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Endoscopias y ²Servicio de Anatomía Patológica. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona

RESUMEN

La esofagitis herpética en individuos inmunocompetentes, es una entidad rara, que debe de sospecharse clínicamente por el inicio agudo, y sin aparente causa, de una triada sintomática consistente en odinofagia, pirosis y fiebre. Su aparición puede deberse a una reactivación de una infección viral previa o con menor frecuencia a una primoinfección como tal, siendo el herpes tipo 1 el responsable en la mayoría de las ocasiones. La realización de una gastroscopia permite establecer el diagnóstico de sospecha de esta enfermedad y la toma de múltiples muestras para estudio histológico y cultivo viral, lo que lleva al diagnóstico definitivo.

La severidad de los síntomas está en relación con el grado de afectación esofágica y aunque en los pacientes inmunocomprometidos el tratamiento con aciclovir está indicado, su administración en pacientes inmunocompetentes es controvertida puesto que se trata de un proceso autolimitado con baja probabilidad de complicaciones.

Presentamos un caso de esofagitis herpética en un adolescente inmunocompetente, que debutó de forma aguda, con síntomas severos del tracto digestivo alto asociados a un comienzo insidioso que se atribuyó inicialmente a un proceso gripal. Los hallazgos endoscópicos muestran una importante y llamativa afectación de la mucosa esofágica en su tercio inferior y la toma de múltiples biopsias durante el procedimiento permitieron el diagnóstico.

Palabras clave: Esofagitis herpética. Paciente inmunocompetente. Adolescente. Aciclovir.

ABSTRACT

Herpetic esophagitis in immunocompetent individuals is a rare entity that should be suspected clinically by an acute onset of symptoms, and without apparent cause of a symptomatic triad consisting on odynophagia, heartburn and fever.

Its occurrence may be due to reactivation of a previous infection or less often a primary infection. Herpes simplex type 1 is the most common cause.

Upper endoscopy establishes the diagnosis of suspicion of herpetic esophagitis. It also allows to take multiple biopsy samples and viral culture, leading to a definitive diagnosis.

The severity of symptoms is related to the degree of oesophageal involvement. In immunocompromised patients treatment is indicated with Acyclovir, but the indication in immunocompetent patients is controversial because the process is time, limited with a low probability of complications.

We present a case of acute herpetic esophagitis in an immunocompetent host that debuted acutely with severe upper gastrointestinal tract symptoms, associated with an insidious and non-specific onset of flu-like symptoms. Endoscopic findings showed a severe involvement in the lower third of the oesophageal mucosa.

Key words: Herpetic esophagitis. Immunocompetent host. Adolescent. Aciclovir.

De la Riva S, Muñoz-Navas M, Rodríguez-Lago I, Carrascosa J, Idoate M, Carías R. Esofagitis herpética: presentación en adolescente inmunocompetente. Rev Esp Enferm Dig 2012; 104: 214-217.

Recibido: 03-10-11.
Aceptado: 06-10-11.

Correspondencia: Susana de la Riva Onandia. Servicio de Aparato Digestivo. Clínica Universidad de Navarra. C/ Pio XII nº 36. 31007 Pamplona, Navarra. e-mail: Sdelariva@unav.es

INTRODUCCIÓN

La esofagitis herpética causada por el virus del herpes simple (HSV) es una infección oportunista frecuente en pacientes inmunocomprometidos (VIH), inmunosuprimidos o con enfermedades sistémicas severas tales como neopla-

sias y grandes quemaduras. Sin embargo la infección en pacientes inmunocompetentes es una condición rara escasamente recogida en la literatura y que afecta con mayor frecuencia a jóvenes adultos (1).

Generalmente cursa con la aparición, sin causa aparente y de forma aguda, de intensa odinofagia, disfagia, dolor retroesternal, fiebre y en un 23% de los casos clínica respiratoria (tos) (2). Los síntomas prodrómicos con frecuencia son sistémicos e inespecíficos y en algunas ocasiones se observan lesiones herpéticas orolabiales concurrentes (3,4).

Su diagnóstico se establece mediante el estudio histológico y cultivo de las muestras esofágicas obtenidas por gastroscopia o tras detectar, en el caso de primoinfección, una clara seroconversión (1).

Su sospecha clínica permite establecer un diagnóstico temprano, y la instauración de medidas terapéuticas para evitar un curso insidioso de la enfermedad y sus posibles complicaciones (2,3).

Presentamos un caso de esofagitis herpética, en un adolescente inmunocompetente, que debutó de forma aguda, con severos síntomas en el tracto digestivo alto asociados a un cuadro clínico inicial de características inespecíficas atribuido a un proceso gripal. Los hallazgos endoscópicos muestran una importante y llamativa afectación de la mucosa esofágica en su tercio inferior con el diagnóstico definitivo de esofagitis herpética.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 16 años que acude a consulta por intensa odinofagia y dolor torácico de 15 días de evolución, que aumenta con la inspiración profunda y le impide la ingesta. Sensación de impactación alimentaria de localización media-baja a nivel torácico que de forma ais-

lada ha requerido la inducción del vómito alimenticio para su resolución. Setenta y dos horas antes del inicio de los síntomas esofágicos presentó fiebre de hasta 38,9 °C y mialgias actualmente ausentes y atribuidas a un proceso gripal.

No refiere síntomas de reflujo gastro-esofágico (REG) típicos antes ni en la actualidad, ni alergias alimentarias, ambientales ni medicamentosas conocidas.

Como único antecedente destaca varicela en la infancia y herpes Zoster a los 15 años.

En la exploración física no se observan alteraciones, con un examen orofaríngeo normal.

En el estudio analítico no se observan alteraciones bioquímicas ni de parámetros inflamatorios (VSG y proteína C reactiva normales). El hemograma muestra una cifra de leucocitos de 7.100 con normalidad para su fórmula.

Ante la intensidad de la sintomatología se decide realizar una gastroscopia diagnóstica que observa en tercio medio esofágico múltiples ulceraciones de bordes bien definidos, profundidad media y disposición longitudinal que en tercio inferior tienden a coalescer hasta ulcerar de forma circunferencial y con una mayor profundidad la mucosa del esófago distal (Fig. 1). Durante el procedimiento se procede a la toma de citología mediante escobillado y de biopsias con pinza para estudio histológico y cultivo viral.

La citología es compatible con úlcera aguda. El estudio histológico es sugestivo de esofagitis ulcerativa herpética con visualización de queratinocitos citomegálicos, multinucleados con reforzamiento de la membrana nuclear y presencia de cuerpos de inclusión (Fig. 2). Los cultivos recogidos detectan HSV tipo 1 (Shell-Vial).

Con el diagnóstico de esofagitis herpética se completó el estudio para descartar procesos inmunodeficientes asociados: niveles de inmunoglobulinas normales, serología VIH negativa con CD4/CD8 normal.

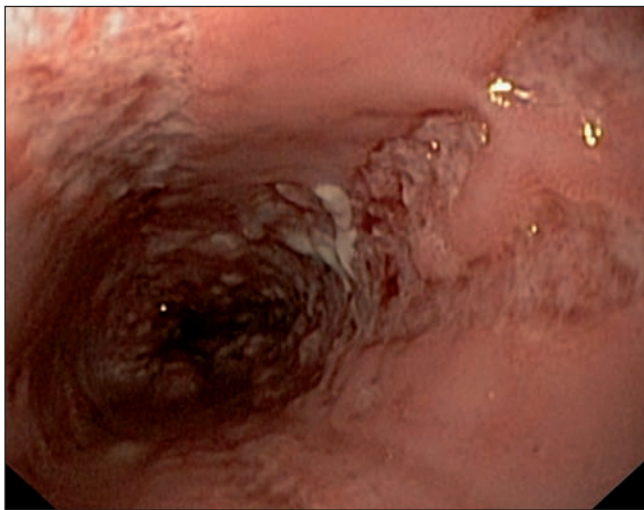


Fig. 1. Múltiples ulceraciones por VSH de disposición longitudinal en tercio inferior esofágico que tienden a fusionarse hasta ulcerar de forma circunferencial y con una mayor profundidad la mucosa del esófago distal.

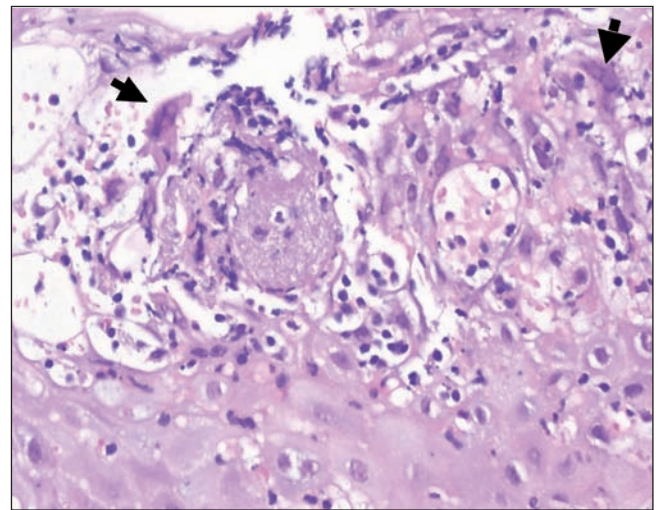


Fig. 2. Imagen representativa del epitelio esofágico que muestra varias células epiteliales multinucleadas con cuerpos de inclusión característicos del virus Herpes (H&E,x200).

Se realiza el diagnóstico definitivo de esofagitis herpética por HSV tipo 1 en adolescente inmunocompetente.

Ante la duración y la intensidad de los síntomas que impiden al paciente realizar una adecuada ingesta oral, se decide iniciar tratamiento antiviral con aciclovir endovenoso (5 mg/kg de peso) durante 5 días y posteriormente valaciclovir oral a dosis y duración habitual. El paciente evoluciona adecuadamente con resolución de los síntomas de manera rápida y sin complicaciones en los primeros 5 días.

DISCUSIÓN

La esofagitis herpética en individuos inmunocompetentes es una entidad rara que debe de sospecharse clínicamente por el inicio agudo, y sin aparente causa, de una triada sintomática consistente en odinofagia, pirosis y fiebre.

Puesto que es una entidad poco frecuente su diagnóstico debe ser realizado, tras descartar minuciosamente patologías que conlleven imágenes endoscópicas similares (fundamentalmente esofagitis péptica y esofagitis por citomegalovirus) y trastornos de la inmunidad.

El origen de la infección es discutido y parece diferir en función del estado del sistema inmune del paciente.

Mientras que en pacientes inmunocomprometidos suele producirse una reactivación del virus, en inmunocompetentes se trata de primoinfecciones probablemente por la extensión local del virus desde un foco orolabial o faríngeo (1).

En cuanto a su patogénesis en el paciente inmunocompetente, se ha postulado la teoría del contacto de una mucosa esofágica erosionada con la saliva contaminada por el virus. El mecanismo de erosión mucoso puede ser por RGE (5) o por instrumentalización esofágica (6). Esta teoría aunque sostenida en el tiempo no se ha confirmado en la mayoría de los casos clínicos recogidos en la literatura.

Otra de las hipótesis postuladas hace referencia a la posible exposición por contacto directo con un miembro de la familia con lesiones cutáneas por herpes simple. Publicaciones que han recopilado y analizado varios casos han encontrado este factor de riesgo en aproximadamente un 20% de los pacientes afectados (2-4,7).

La sintomatología descrita en la literatura hace fundamentalmente referencia a un comienzo agudo de las molestias esofágicas tales como dolor retroesternal (46,4%), odinofagia (60,7%) disfagia para sólidos y líquidos (37,5%), pirosis y/o vómitos (8). Previamente a los síntomas digestivos altos se describe un curso clínico que varía desde síntomas similares a un cuadro gripal e inespecíficos, hasta fiebre de 39 °C con mal estado general, anorexia y pérdida de peso.

Las imágenes endoscópicas nos permiten valorar los síntomas. Además también permiten establecer el diagnóstico de sospecha y la toma de múltiples muestras para estudio histológico y cultivo viral que llevan al diagnóstico definitivo (9).

Los hallazgos durante la exploración endoscópica son similares en todos los casos descritos en la literatura inde-

pendientemente de la inmunidad del paciente afectado con presencia de una mucosa esofágica friable con múltiples ulceraciones de tamaño y profundidad variable que tienden a coalescer entre ellas o incluso adoptan una apariencia en volcán (3). Aunque la localización más frecuente de las lesiones esofágicas por herpes es en tercio medio y distal (83%), en un 15% pueden afectar a la totalidad del esófago y en 2% restante pueden afectar concurrentemente al estómago (10). Las posibles complicaciones de esta afectación esofágica son escasas aunque severas y fundamentalmente se han descrito dos: la hemorragia digestiva alta (5,3%) (3,9,11) y la perforación esofágica (1,8%) (9,12).

En alguna ocasión la coalescencia de las úlceras en tercio inferior del esófago puede asemejar una intensa esofagitis péptica, por este motivo es importante tener una sospecha clínica adecuada que oriente a la toma de biopsias y cultivos de la mucosa esofágica (3).

El diagnóstico de esofagitis herpética se realiza mediante el estudio histológico (62%) y cultivo (58%) de las biopsias esofágicas. Histológicamente se caracteriza por presencia de células gigantes multinucleadas con inclusiones intranucleares eosinofílicas llamadas inclusiones tipo A de Cowdry (3,9).

Otro método suplementario para su diagnóstico es la serología, permitiendo en algunos casos determinar la primoinfección tras detectar seroconversión.

Una vez diagnosticada, el tratamiento de elección es aciclovir. En el paciente inmunosuprimido su administración está aceptada y establecida, pero su utilización en el paciente inmunocompetente es controvertida puesto que habitualmente es un proceso autolimitado que se resuelve espontáneamente en 1 o 2 semanas y solo excepcionalmente puede complicarse con una hemorragia digestiva alta o perforación esofágica (4,9). La experiencia de tratamiento en este grupo poblacional es limitada, puesto que es una entidad poco frecuente y no existen ensayos controlados que lo evalúen. Sin embargo parece que el inicio precoz del tratamiento con aciclovir también favorece la pronta resolución de los síntomas y ayuda a evitar complicaciones (13).

BIBLIOGRAFÍA

1. Genereau T, Rozenberg F, Bouchaud O, Marche C, Lortholary O. Herpes esophagitis: a comprehensive review. *Clin Microbiol Infect* 1997;3:397-407.
2. Geraci G, Pisello F, Modica G, Li Volsi F, Cajozzo M, Sciumè C. Herpes simplex esophagitis in immunocompetent host: a case report. *Diagn Ther Endosc* 2009;2009:717183.
3. Kato S, Yamamoto R, Yoshimitsu S, Shimazaki K, Ogawa S, Itoh K, et al. Herpes simplex esophagitis in the immunocompetent host. *Dis Esophagus* 2005;18:340-4.
4. Ramanathan J, Rammouni M, Baran J, Jr., Khatib R. Herpes simplex virus esophagitis in the immunocompetent host: an overview. *Am J Gastroenterol* 2000;95:2171-6.
5. DiPalma JA, Brady CE. Herpes simplex esophagitis in a nonimmunosuppressed host with gastroesophageal reflux. *Gastrointestinal Endoscopy* 1984;30:24-5.
6. Pazin GJ. Herpes simplex esophagitis after trigeminal nerve surgery. *Gastroenterology* 1978;74:741-3.

7. Galbraith JC, Shafran SD. Herpes simplex esophagitis in the immunocompetent patient: report of four cases and review. *Clin Infect Dis* 1992;14:894-901.
8. Canalejo Castrillero E, Garcia Duran F, Cabello N, Garcia Martinez J. Herpes esophagitis in healthy adults and adolescents: report of 3 cases and review of the literature. *Medicine* 2010;89:204-10.
9. Domínguez Alcón L, Pita Fernández L, Carretero L. Herpes simple esophagitis in immunocompetent adult. *Rev Esp Enferm Dig* 2009;101:368-9.
10. Al-Samman M, Zuckerman MJ, Verghese A, Boman D. Gastric ulcers associated with herpes simplex esophagitis in a nonimmunocompromised patient. *J Clin Gastroenterol* 1994;18:160.
11. Nagri S, Hwang R, Anand S, Kurz J. Herpes simplex esophagitis presenting as acute necrotizing esophagitis ("black esophagus") in an immunocompetent patient. *Endoscopy* 2007;39(Supl. 1): E169.
12. Cronstedt JL, Bouchama A, Hainau B, et al. Spontaneous esophageal perforation in herpes simplex esophagitis. *Am J Gastroenterol* 1992; 87:124-7.
13. Kurahara K, Aoyagi K, Nakamura S, Kuwano Y, Yamamoto C, Iida M, et al. Treatment of herpes simplex esophagitis in an immunocompetent patient with intravenous acyclovir: a case report and review of the literature. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2239-40.