

UNA CAUSA MUY DESCONOCIDA DE PANCREATITIS AGUDA

A very unknown etiology of acute pancreatitis

Bailon Gaona MC, Soler Góngora M, Moreno Barrueco M, Martin-Lagos Maldonado A

HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

Resumen

La infección por virus de Epstein Barr (VEB) es frecuentemente asintomática y se resuelve espontáneamente sin complicaciones. La afectación del sistema digestivo suele manifestarse como elevación asintomática de enzimas hepáticas. Sin embargo, se han notificado algunos casos de pancreatitis aguda asociada a este virus. Se debe sospechar cuando un paciente con infección por VEB desarrolla un dolor abdominal inexplicable. Ocurre fundamentalmente en niños y adultos jóvenes y tiene un pronóstico excelente con tratamiento conservador. A continuación exponemos un nuevo caso de esta complicación por VEB tan infrecuente.

Palabras clave: pancreatitis aguda, virus de Epstein Barr, serología.



Maria Cristina Bailon Gaona
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.
mbailon97@gmail.com
@m4cri

Abstract

Epstein Barr virus (EBV) infection is frequently asymptomatic and resolves spontaneously without complications. Digestive system involvement usually manifests as asymptomatic elevation of liver enzymes. However, a few cases of acute pancreatitis associated with this virus have been reported. It should be suspected when a patient with EBV infection develops unexplained abdominal pain. It occurs mainly in children and young adults and has an excellent prognosis with conservative treatment. Below we report a new case of this rare EBV complication.

Keywords: acute pancreatitis, Epstein Barr virus, serology.

Introducción

La infección por virus de Epstein Barr (VEB) tiene lugar en más del 90% de la población. La mayor parte de estos

pacientes son asintomáticos, pero una pequeña minoría puede presentar malestar general, cefalea, faringitis y fiebre. Se trata de una infección autolimitada en dos o tres semanas que solo precisa de tratamiento sintomático.

Sin embargo, en algunas ocasiones el sistema digestivo puede verse afectado, manifestándose con elevaciones asintomáticas de enzimas hepáticas en el contexto de hepatitis viral. Tras revisar la literatura, a continuación exponemos el caso de una paciente con infección aguda por virus de Epstein Barr complicada con hepatitis y pancreatitis aguda asociada, esta última una complicación muy infrecuente de este virus.

Caso clínico

Mujer de 21 años sin antecedentes médicos de interés que ingresa por cuadro compatible con síndrome mononucleósico (fiebre de 38°C, cefalea tensional y artromialgias) de una semana de evolución, con desarrollo de epigastralgia irradiada a ambos hipocondrios y espalda con completa intolerancia alimentaria. Niega toma de productos de herbolario o consumo de tóxicos. Niega tatuajes recientes, lesiones cutáneas o genitales de nueva aparición o adenopatías palpables. Niega relaciones sexuales de riesgo, viajes recientes o excursiones al campo. Niega contacto con animales de forma reciente.

Analíticamente destaca elevación marcada de enzimas de citólisis (aspartato transaminasa 402 U/L; alanina transaminasa 519 U/L) y enzimas pancreáticas (amilasa 406 U/L), si bien leve elevación de reactantes de fase aguda a expensas de linfomonocitosis (10.810 leucocitos por microlitro de sangre, con un 77,5% de linfocitos y un 7,3% de monocitos) Se realiza ecografía abdominal y resonancia magnética que visualiza vesícula biliar alitiásica con normalidad de la vía biliar (**Figura 1**) y hepatoesplenomegalia (**Figura 2**). Durante su ingreso se realiza serología de virus hepatotropos que resulta negativa con positividad para los anticuerpos IgM de la cápside viral del VEB.

Durante el ingreso la paciente se mantiene clínica y hemodinámicamente estable, con buen control del dolor con analgesia de primer escalón y correcta fluidoterapia, sin necesidad de otras medidas terapéuticas, por lo que es dada de alta con seguimiento en Consultas Externas.

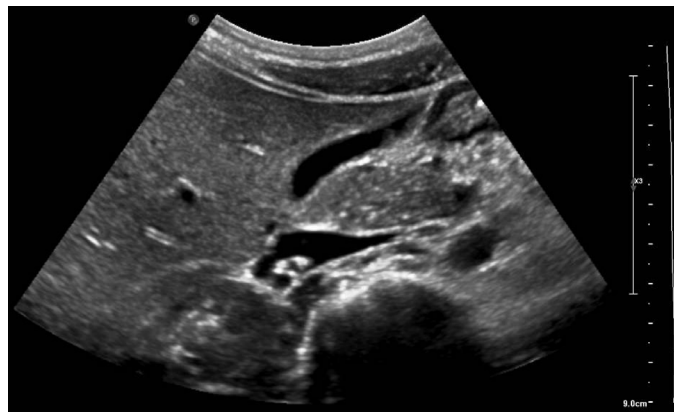


Figura 1

Hígado de ecogenicidad normal. No se visualizan lesiones focales. Vesícula sin litiasis ni signos inflamatorios. Ausencia de dilatación de la vía biliar intrahepática ni extrahepática.

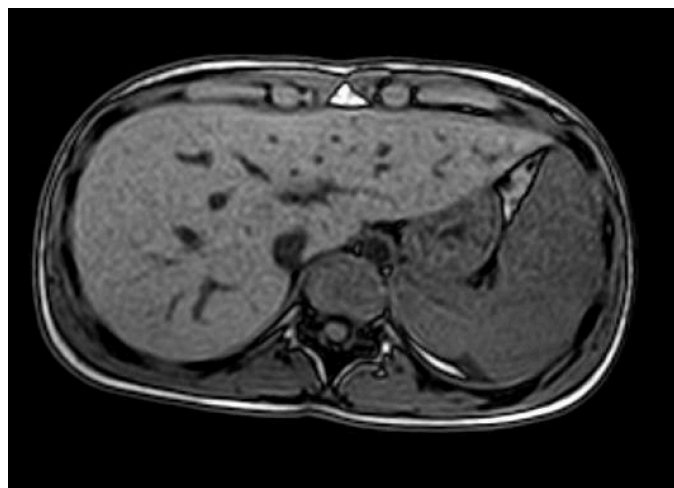


Figura 2

Hígado de tamaño en límite superior de la normalidad (13 cm CC), de contorno e intensidad de señal normales. Vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas de calibre normal, sin litiasis ni otras causas de obstrucción. Esplenomegalia homogénea de 14 cm.

Discusión

Acorde con el Colegio Americano de Gastroenterología, la pancreatitis aguda se puede diagnosticar en presencia de dos de los tres criterios siguientes: dolor abdominal típico, elevación de enzimas pancreáticas hasta tres veces el límite superior normal y evidencia de la misma por prueba de imagen¹. En el caso que presentamos, nuestra paciente cumplía dos de los tres criterios, por lo que fue correctamente

diagnosticada de pancreatitis aguda. Paralelamente, se descartaron otras causas frecuentes de esta patología, como las litiasis biliares, el alcohol u otros tóxicos, el inicio reciente de algunos fármacos, la hipertrigliceridemia o la hipercalcemia¹. No obstante, el síndrome mononucleósido y la hepatitis aguda asociada nos hizo sospechar etiología viral como primera posibilidad.

La pancreatitis aguda muy rara vez se asocia con infección por VEB, de hecho, tras revisar la literatura hemos encontrado menos de 20 casos en total^{2,6}. Otras complicaciones reportadas fueron parotiditis, proctitis, neumonía, shock séptico y miocarditis, entre otras³.

Esta infección suele seguir un curso benigno y se resuelve de forma espontánea en el curso de dos o tres semanas⁶. La mayoría de los pacientes no requieren ningún tratamiento específico⁴. Así mismo, la pancreatitis aguda no complicada requiere un tratamiento similar, que incluye analgesia, hidratación y soporte nutricional⁴. Tras revisar la literatura, la mayoría de los casos se resolvieron adecuadamente con tratamiento conservador⁶, y tan solo en unos pocos casos complicados con neumonía precisaron de tratamiento antiviral⁵.

Bibliografía

1. Tenner S, Baillie J, DeWitt J, et al. Directrices del Colegio Americano de Gastroenterología: tratamiento de la pancreatitis aguda. *Am J Gastroenterol* 2013; 108 : 1400–15. 10.1038/ajg.2013.218.
2. Wislocki LC. Pancreatitis aguda en mononucleosis infecciosa. *N Engl J Med* 1966; 275 : 322–3. 10.1056/NEJM196608112750609.
3. Narchi H, Bimal R, Epelman M, et al. Hepatitis colestásica con pancreatitis como características de presentación de la infección por el virus de Epstein-Barr. *Investigación JMEDI* 2014; 2014 : 1–4. 10.5171/2014.701301.
4. Vouloumanou EK, Rafailidis PI, Falagas ME. Diagnóstico y manejo actual de la mononucleosis infecciosa. *Opinión actual Hematol* 2012; 19 :14–20. 10.1097/MOH.0b013e32834daa08.
5. Galzerano A, Nisi F, Angela S, et al. Pancreatitis aguda por virus de Epstein-Barr con absceso torácico-abdominal y compresión portal. *Cavar enfermedad hepática* 2014; 46 : 574–5. 10.1016/j.dld.2014.02.005.
6. Salvatore Accomando, Giulia Angela Restivo, Simona Scalzo, Melania Guardino, Giovanni Corsello, Mario Giuffrè. Epstein-Barr virus-associated acute pancreatitis: a clinical report and review of literature. *Ital J Pediatr* 2022 Sep 5;48(1):160. doi: 10.1186/s13052-022-01352-0.