

Caso clínico: Colangitis asociada a infección por HVB aguda

Junio 2013

Dra. Ximena Mencía- Jimena Prieto



M.F, SM, 61 años, cuida coches, procedente de Toledo.

AP: Tabaquismo, índice pack/year menor a 30, litiasis biliar.

Niega ETS, factores de riesgo para las mismas.

Ingresa por dolor en hipocondrio derecho(HD), ictericia y fiebre, refiere coluria e hipocolia.

Niega elementos de síndrome hemorragíparo.

AEA: No síndrome de impregnación viral, niega contacto con roedores, no ingesta y/o contacto con tóxicos, ni fármacos.

No ingesta masiva de alcohol.



EXAMEN: ictericia universal, dolor en hipocondrio derecho (HD), no visceromegalias, no angiomas estelares, no palmas hepáticas, no flapping, no equimosis no hematomas ni otros elementos de síndrome hemorrágico.

- Ictericia
 - fiebre
 - dolor en HD
- Tríada de Charcot

Con planteo de obstrucción de vía biliar (VB) principal, se solicita ecografía de Abdomen: que muestra VB dilatada y litiasis coledociana.

Colangio RMN: confirma diagnóstico de colangitis



PARACLÍNICA:



17/4: COLECISTECTOMÍA
 DERIVACIÓN BILIODIGESTIVA
 DUODENOANASTOMOSIS

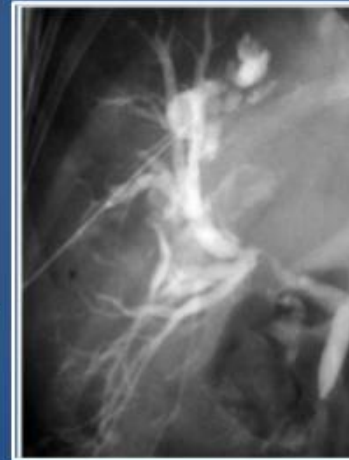
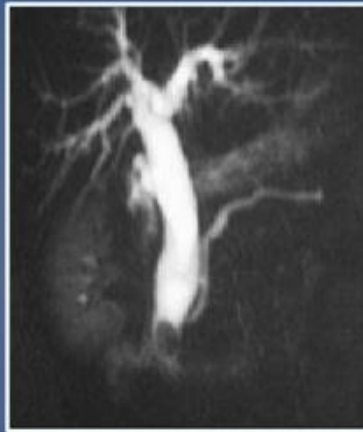
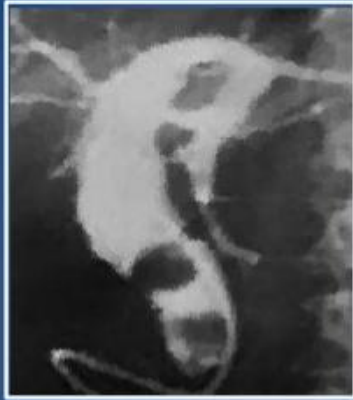
	14/4	20/4	25/4	30/4
GB	23400			
NEU				
LINF				
Hb (g/dl)	12,5			
PLT	245000			
BT/BD		19/11	7/5	3/1,8
TGO/TGP(IU/ml)	1273/1517		805/462	365/243
FA	486		300	150
GGT	200		124	88
TdeP	60%	70%	86%	100%
CREA(mg/dl)	0,88		0,92	



HIV	No reactivo	
VDRL	No reactivo	
Serología Leptospira	No reactivo	
HVC	No reactivo	
HVB	IgM core	+
	IgGcore	-
	Ac HVBs	-
	Ag HVBs	+
	AgHVBe	+
	Ac- antiHVBe	+

En suma, de la serología podemos concluir:
 IgMHbC: HBV AGUDA
 HBeAg: replicación
 Anti-HBe: replicación





En suma:

- 61 años, tabaquismo, FR para ETS,
- Síndrome coledociano.

- Sin evidencia clínica ni paraclínica de insuficiencia hepática grave (IHG).

- Obstrucción mecánica de la VBP.

- Se destaca el compromiso funcional hepático, que impresiona exceder a la colangitis, y estar coadyuvando, la coinfección aguda por HBV.



EVOLUCIÓN:

- Una vez resuelta la obstrucción de la VBP, hay una franca disminución de los parámetros marcadores de obstrucción (BD/FA/GGT), así como de la TGO Y TGP, si bien las mismas persisten elevadas, a los 7 días, evolucionando a la normalidad.
- Se valorará seroconversión en policlínica. Primer control luego del alta, asintomático, se solicitan marcadores virales nuevamente y hepatograma.
- Se cita a la pareja, se solicitan marcadores virales. Pareja: realizar serología, uso métodos de barrera.



IMPACTO en el EQUIPO de salud

- Educación equipo de sala y personal de enfermería frente a una HVB aguda.
- Instruir al paciente y explicar los riesgos que plantea la infección para ellos mismos y para otros, siendo éste un vector de información.



CLÍNICA:

HVB AGUDA

- La Hepatitis a Virus B (HVB), puede ser asintomática, de curso indolente
- 50-70%: sintomática,
- 30% se presenta a forma icterica y en algunas oportunidades puede adoptar la forma de fallo hepático fulminante, 0,1- 0,5%.
- El tiempo de incubación del VHB es 60 días (28-160 días).
- 90-95%: patrón de infección aguda,
- 5-10%: cronificación (más frecuente en neonatos). Siendo inversamente proporcional a la misma. Perinatalmente: alcanza el 90%, disminuyendo a un 20-50% entre los 1 y 5 años y a <5% en la edad adulta



VHB-DNA
HBsAg
HBeAg

HBsAg-

TGO INCUBACIÓN ENFERMEDAD CURACIÓN

Anti-HBc IgM

Anti-HBc IgC

Anti-HBe

Anti-HBs

INCUBACIÓN

HEPATITIS AGUDA

RESOLUCIÓN

LARGO PLAZO

Inicio

Evolución

HBsAg

+

+

+

-

-

HBeAg

+

+

-

-

-

Anti-HBc IgC

-

+

+

+

+

Anti-Hbe

-

-

+

+

-

Anti-HBs

-

-

-

+

+



- Loreto et al. Conducta ante la hepatitis crónica B. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Hepatología. 2008;3: 213-221

2008;3: 213-221

EPIDEMIOLOGÍA:

- Un 45% de la población vive en áreas de alta endemicidad
- Existen 8 genotipos de HVB (A-H) (uno adicional en el Sudeste de Asia, I)
- Los diferentes genotipos presentan diferente riesgo de progresión a la cronicidad y respuesta al tratamiento.
- distribución geográfica característica así como su vía de transmisión

TRANSMISIÓN:

- perinatal, percutáneo, sexual y contacto estrecho persona-persona

Tasas de portadores de hepatitis B en las diferentes regiones del mundo (cortesía de Dawson AJ, Lancet Inf Dis 2005;5:120–5).



SEROLOGÍA:

- Diagnóstico hepatitis B (HVB) aguda: HBsAg y anti-HBc (IgM).
- El HBs Ag: indetectable del suero a los 4 a 6 meses, en la infección aguda
- aparición de los anticuerpos (anti-HBs),
- persistencia de HBs Ag más de 6 meses implica progresión a infección crónica de HVB.

RECUPERACIÓN:

- desaparición del ADN del VHB,
- seroconversión de HBeAg a anti-HBe
- desaparición de HBsAg con seroconversión a anti-HBs con anti-HBc (IgG).
- dentro de los 3 meses del diagnóstico.

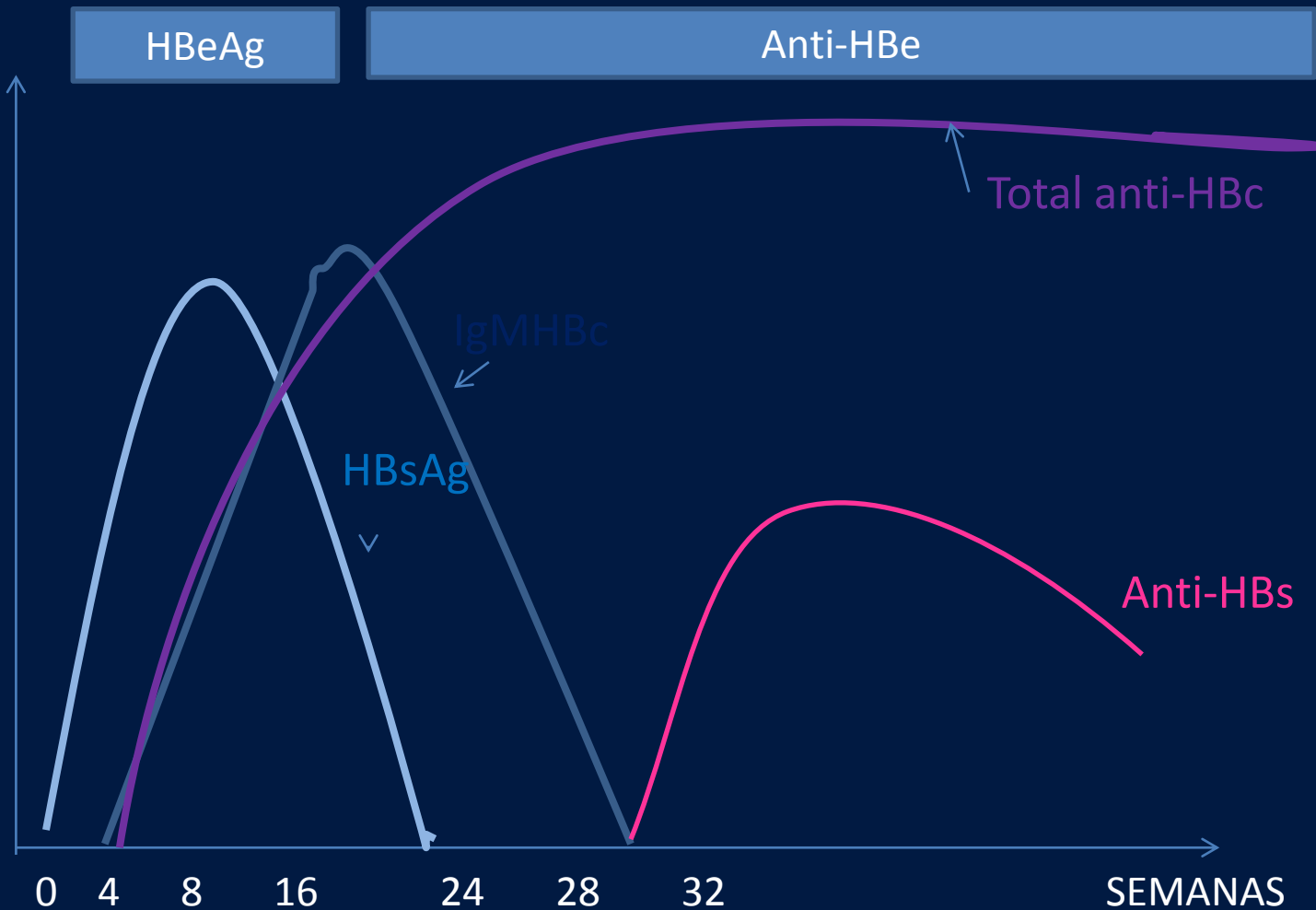


- Loreto et al. Conducta ante la hepatitis crónica B. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Hepatología.

2008;3: 213-221

- El antígeno HBeAg se considera un marcador de replicación viral y de infectividad.
- el período de ventana, ya se ha negativizado el HBsAg pero todavía no es positivo anti-HBs.
- hepatitis B fulminante, la desaparición viral tiende a ser más rápida, IgM anti-HBc es el único marcador de infección aguda de VHB.
- **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:**
- hepatitis aguda HBsAg-positiva: exacerbaciones de hepatitis B crónica, pueden ocurrir en cualquier momento, en cualquier individuo que esté infectado crónicamente (en ese momento, puede darse una nueva reversión a anti-HBc IgM).





HEPATITIS AGUDA



MANDELL, DOUGLAS, AND BENNETT'S PRINCIPLES AND PRACTICE OF INFECTIOUS DISEASES, Seventh Edition; www.elsevier.com | www.bookaid.org | www.sabre.org. Copyright © 2010; Volume 2.146: 2059-2085.

- seroconversión de HBeAg a anti-Hbe: precoz en infección aguda, antes de seroconversión de HBsAg a anti-HBs.
- En el 95% de VHB aguda, evolución favorable, recuperación completa.
- Edad avanzada y/o enfermedades subyacentes: evolución más lenta y prolongada, más riesgo de complicaciones.
- mecanismos patogénicos de hepatopatía necroinflamatoria HVB, crónica y aguda y factores virales y/o del huésped: determinan la gravedad de la enfermedad.
- respuesta inmunitaria del huésped, importante para determinar la evolución de la infección aguda por VHB.



PROFILAXIS:

- programa vacunación universal de todos los recién nacidos: paso clave
- control efectivo de la infección por el VHB a nivel mundial.
- vacunación HVB muy buena relación costo-efectividad, evita la infección con VHB, reduce incidencia de hepatitis crónica, cirrosis, y CHC en la población vacunada
- **Personal médico y enfermería** uso de guantes.
- **Contactos**: el VHB: sobrevivir fuera del organismo, 7 días como mínimo (infección si penetra en el organismo de una persona no protegida por la vacuna), puede contraerse por contacto con un objeto contaminado: Cepillo de dientes, toalla



- National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID)) Division of Global Migration and Quarantine(DGMQ)
- Infectious Diseases Related To Travel, CDC. July 01, 2011;3

- *Convivientes estrecho*: alto riesgo de infección (a partir de cualquier secreción corporal y/o sangre).
- *Embarazada*: serología HVB, a fin de evitar transmisión horizontal y por tanto evitar portador de infección crónica
- *Pareja*: realizar serología, uso métodos de barrera
- En control en policlínica se valorará seroconversión



Hepatitis B, Nota descriptiva N 204. OMS; Julio de 2012 .

James Kooziel M, et al. Chap 146. Virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis delta. En: Mandell, Douglas, and Bennett's. Enfermedades Infecciosas, www.infectologia.edu.uy
Principios y Práctica 7ma ed Barcelona Ba Elsevier: 2012: 2070-99

POBLACIONES DE ALTO RIESGO

- personas con prácticas sexuales de riesgo;
- parejas y contactos domésticos de personas infectadas;
- consumidores de drogas inyectables;
- pacientes que necesitan transfusiones frecuentes de sangre o productos sanguíneos;
- receptores de trasplantes de órganos sólidos;
- individuos con riesgo laboral de infección por VHB, como los profesionales sanitarios,
- viajeros internacionales a países con altas tasas de infección por VHB.



- El virus de la hepatitis B es entre 50 y 100 veces más transmisible que el VIH.
- El tratamiento en la infección aguda se limita a medidas de sostén, evitando fármacos hepatotóxicos y con contraindicación absoluta de corticoides



- Hepatitis B, Nota descriptiva N 204. OMS; Julio de 2012 .
- Margaret James Kooziel, Chloe Lynne Thio, Virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis delta. MANDELL, DOUGLAS, AND BENNETT'S, Enfermedades Infecciosas, Principios y Práctica, 7ma edición, 2012; Volume 2. 146: 2070-2099.
- Loreto Hierro Llanillo. Conducta ante la hepatitis crónica B. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en pediatría. Hepatología. 2008;3: 213-221
- National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID)) Division of Global Migration and Quarantine(DGMQ)
- Infectious Diseases Related To Travel, CDC. July 01, 2011;3
- World Gastroenterology Organization Practice Guidelines: WGO. Practice Guidelines.Manejo de la Hepatitis Viral Aguda. 2007
- Anna S. F. Lok¹ and Brian J. McMahon². Chronic Hepatitis B: Update 2009. AASLD PRACTICE GUIDELINE UPDATE
- *Equipo de revisión* J. Heathcote (Presidente, Canadá), Z. Abbas (Pakistán), A. Alberti (Italia), Y. Benhamou (Francia), C. Chen (Taiwan), A. Elewaut (Bélgica), P. Ferenci (Austria), C. Hui (Hong Kong), V. Isakov (Rusia), H. Janssen (Holanda), G. Lau (Hong Kong), S. Lim (Singapur), T. Okanoue (Japón), S. Ono-Nita (Brasil), T. Piratvisuth (Tailandia), M. Rizzetto (Italia), I. Sollano (Filipinas), W. Spearman (Sudáfrica), C-T. Yeh (Taiwan), M. Yuen (Hong Kong), J. Krabshuis (Francia) . Hepatitis B Guías Prácticas de la Organización Mundial de Gastroenterología .Setiembre de 2008
- Eyasu H. Teshale,a Sumathi Ramachandran,a Guo-liang Xia, Henry Roberts, Justina Groeger, Vaughn Barry, Dale J. Hu, Scott D. Holmberg, Deborah Ho Itzman, John W. Ward, Chong-Gee Teo,a and Yuri KhudyakovHepatitis B Virus Genotypes in Acute Hepatitis B d CID 2011:53 (15 October)
- Alfonso Mele,¹ Maria Elena Tosti,¹ Andrea Mariano,² Renato Pizzuti,⁴ Antonio Ferro,⁵ Bianca Borrini,⁶ Carla Zotti,⁷ Pierluigi Lopalco,⁸ Filippo Curtale,³ Emanuela Balocchini,⁹ and Enea Spada,¹ for the National Surveillance System for Acute Viral Hepatitis (SEIEVA) Collaborating Groupa. Acute Hepatitis B Epidemiology in Italy • CID 2008:46 (15 March)
- Anna S. F. Lok¹ and Brian J. McMahon². AASLD PRACTICE GUIDELINESHEPATOLOGY.2009; Vol. 50:No. 3.
- European Association for the Study of the Liver† EASL Clinical Practice Guidelines: Management of chronic hepatitis B virus infection . Clinical Practice Guidelines Journal of Hepatology .2012 ;vol. 57 :167–185

