

## CASO CLÍNICO

---

# Hepatitis B aguda y embarazo en primigesta

Ana Jara Z<sup>1</sup>, Rodrigo Maldonado V<sup>2</sup>, José Allende C<sup>2</sup>, Angélica Díaz R<sup>3</sup>, Felipe Osorio<sup>1</sup>.

### RESUMEN

*A pesar de un descenso significativo en su incidencia en las últimas décadas, la hepatitis viral aguda es aún un cuadro clínico frecuente en nuestro medio, tanto en la población general como en pacientes embarazadas. El virus de la hepatitis B (VHB) puede manifestarse como una enfermedad aguda o crónica, siendo habitualmente asintomática en su inicio. A continuación, se presenta un caso de una paciente embarazada de 17 años, que consulta inicialmente por un cuadro de prurito generalizado al que posteriormente se agrega sintomatología clásica de hiperbilirrubinemia directa. Tras correlacionar los antecedentes clínicos con los hallazgos de laboratorio y los marcadores serológicos correspondientes se alcanzó el diagnóstico de hepatitis viral aguda por VHB. Posteriormente se encuentra una revisión actualizada sobre la epidemiología, el diagnóstico y manejo de esta patología en la embarazada, la cual contempla medidas de prevención para la transmisión vertical del virus.*

**Palabras clave:** Hepatitis B, embarazo, transmisión viral vertical.

### SUMMARY

*Despite a significant reduction in incidence in the last few decades, acute viral hepatitis is still a frequent finding in our medium, in both the general population and among pregnant women. The hepatitis B virus can manifest itself as either acute or chronic illness, usually without presenting any symptoms at the time of infection. In the following article, we will present the case of a 17-year-old pregnant woman who initially seeks medical attention for generalized itching, which was soon followed by additional common symptoms of conjugated hyperbilirubinemia. After correlating clinical findings with laboratory test results and the corresponding serological markers, the diagnosis of acute viral hepatitis caused by HBV was reached. An updated review of the epidemiology, diagnosis and management of this illness on the pregnant woman can be found in this article, which includes measures to prevent vertical transmission.*

**Key words:** Hepatitis B, pregnancy, vertical viral transmission.

---

<sup>1</sup> Médico en Programa de Formación Ginecología y Obstetricia, Universidad de Chile.

<sup>2</sup> Interno de Medicina, Universidad de Chile.

<sup>3</sup> Médico Servicio y Departamento de Ginecología y Obstetricia, Hospital Santiago Oriente. Facultad de Medicina. Universidad de Chile.

## INTRODUCCIÓN

El término hepatitis, se refiere a cualquier proceso inflamatorio del hígado, de causas diversas. Se entiende por hepatitis virales, aquellas infecciones provocadas por virus hepatotropos, que tienen en común una afinidad selectiva por las células hepáticas. Dentro de los agentes virales causantes de hepatitis en el hombre, el virus de la hepatitis B (VHB) es un virus de ADN circular de doble cadena que pertenece a la familia de los hepadnavirus<sup>1</sup>. El virus está formado por una envoltura lipídica externa, un núcleo proteico que encapsula el genoma viral, el cual codifica diferentes proteínas. En personas infectadas el virus se encuentra en mayor concentración en sangre, y tiene concentraciones más bajas en semen, secreciones vaginales, saliva y exudado de herida. El virus puede permanecer viable durante >7 días en superficies ambientales a temperatura ambiente<sup>2</sup>. La principal vía de transmisión es la sexual, la transmisión vertical es predominante en aquellas zonas del mundo con una alta prevalencia de VHB como Asia y el Pacífico Sur<sup>3</sup>.

## CASO CLÍNICO

Paciente primigesta de 17 años, cursando embarazo de 22<sup>+3</sup> semanas, con antecedente de condilomatosis tratada. Refiere historia de 2 semanas de evolución, caracterizada por prurito generalizado de carácter progresivo, agregándose los días posteriores coluria, acolia, ictericia y dolor epigástrico, por lo que consulta en servicio de urgencias. Al momento del ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, al examen físico destacaba escleras ictericas e hígado palpable 2 cm bajo el reborde costal. En los exámenes de ingreso presentó elevación de transaminasas GOT/GPT: 1.782/1.967 U/l, bilirrubina total 4,64 mg/dl y bilirrubina directa 3,81 mg/dl. Dado cuadro clínico y resultado de exámenes se diagnostica hepatitis aguda y se ingresa a Unidad de Alto Riesgo Obstétrico.

Se solicitan marcadores virales para virus hepatitis A, B y C, se indica control seriado de glicemia capilar, pruebas de coagulación, vigilancia estricta de aparición de encefalopatía y ecografía abdominal, que descarta estigmas de daño hepático crónico. En el seguimiento presenta descenso en la curva de las transaminasas y pruebas de coagulación normal. En relación al estudio etiológico destaca antígeno de superficie de VHB (+), anticuerpo anticore IgM (+), antígeno E VHB (+), estudio virus hepatitis A y C negativo. Se solicita carga viral VHB 178.474 UI/ml.

Durante la hospitalización requiere tratamiento de soporte, debido al resultado de la carga no requiere tratamiento antiviral actualmente.

Datos del recién nacido, el 30/07/2016 se resuelve por operación cesárea de urgencia, trabajo de parto detenido, dilatación estacionaria, RN de sexo femenino, peso 3.155 g, talla 50 cm, perímetro craneano 35 cm, Apgar 9-9. Adecuado para la edad de gestación, buen estado general, examen físico normal para 39 semanas.

Se le administra vacuna anti-VHB y gamaglobulina hiperinmune anti-VHB (Engerix®) 0,25 ml IM, antes de las 12 hrs.

Se realiza toma de muestra para Ag de superficie VHB del cordón, BCG, PKU y TSH según protocolo.

La paciente evoluciona de manera favorable, se da de alta con control en Policlínico de Infectología Hospital del Salvador, donde se controla la carga viral a finales del tercer trimestre de embarazo y al momento del parto se indica inmunoprofilaxis al recién nacido con inmunoglobulina y esquema completo de vacunación.

## DISCUSIÓN

La hepatitis viral es la causa más frecuente de ictericia en el embarazo, otras causas incluyen el hígado graso agudo del embarazo, síndrome de HELLP, colestasia intrahepática del embarazo<sup>4</sup>. La infección por el VHB durante el embarazo suele ser leve y no se asocia a aumento en la mortalidad o teratogénesis<sup>5</sup>. Sin embargo, ha aumentado la incidencia de bajo peso al nacer y parto prematuro<sup>6</sup>. El tratamiento es principalmente de soporte, debiéndose monitorizar pruebas hepáticas y tiempo de protrombina<sup>1</sup>. La transmisión vertical, corresponde a una de las principales vías de contagio en países con alta incidencia, el riesgo es del 10% en el primer trimestre y aumenta de forma considerable entre 80%-90% cuando se produce en el tercer trimestre. Cuando en la madre existe seropositividad para HBsAg y HBeAg la transmisión vertical es de aproximadamente 90%<sup>7</sup>. Las tasas de transmisión aumentan significativamente si la infección aguda se produce cerca del momento del parto. Por lo tanto se debe realizar un seguimiento durante el embarazo con antígeno de superficie y carga viral, la terapia antiviral para reducir la carga viral materna también se debe considerar si la madre tiene niveles séricos elevados de ADN del VHB cerca del momento del parto<sup>8</sup>. En el RN se debe administrar inmunoglobulina más la primera dosis de vacunación.

Para aquellos casos de infección por HBV aguda que requieren terapia antiviral, la elección de qué agente utilizar debe basarse en la duración del tratamiento, la accesibilidad y el costo para el paciente. El fumarato de tenofovir (Disoproxil®) (300 mg al día) o lamivudina (100 mg diarios) son opciones adecuadas, ambos medicamentos se han utilizado con seguridad durante el embarazo y el riesgo de desarrollar resistencia es baja,

ya que, se prevé que la duración del tratamiento es por períodos cortos<sup>9</sup>.

El curso clínico de la hepatitis B aguda es indistinguible de la de otros tipos de hepatitis viral aguda. El período de incubación varía de 45 a 160 días. Sin embargo, aproximadamente el 50% de los adultos que tienen infecciones agudas son asintomáticas. El curso clínico de la enfermedad inicia con una fase preictérica, representada por síntomas inespecíficos, de inicio insidioso, caracterizado por malestar general, anorexia, náuseas, vómitos, dolor abdominal en el cuadrante superior derecho, fiebre, dolor de cabeza, mialgias, erupciones en la piel, artralgias, coluria; esta fase dura hasta el inicio de la ictericia que por lo general dura de 3 a 10 días. La fase ictericia, es variable pero suele durar de 1 a 3 semanas y se caracteriza por ictericia, acolia, sensibilidad hepática y hepatomegalia. Finalmente el período de convalecencia se caracteriza por malestar y fatiga que puede persistir durante semanas o meses, mientras que la ictericia, anorexia y otros síntomas desaparecen<sup>1,10</sup>.

Dentro de los exámenes de laboratorio que se pueden utilizar destaca, la elevación de transaminasas y de los niveles de bilirrubina. Además, se pueden solicitar marcadores virales como: 1) antígeno de superficie (HBsAg): determinante antigénico que se encuentra en la superficie del virus; detectable durante las primeras semanas después de la infección, su presencia indica infección aguda en pacientes recién infectados. 2) IgG anti HBsAg: signo de infección antigua y en pacientes con vacunación previa. 3) IgM anti HBcAg: anticuerpos anti-antígeno del núcleo, proteína de la nucleocapside viral, indicador de infección aguda o reciente, puede estar positiva durante 6 meses. 3) antígeno E (HBeAg): proteína soluble que

se encuentra en el núcleo viral, indicador de alta tasa de replicación viral. También, es posible solicitar niveles de carga viral en sangre (ADN VHB) mediante reacción de polimerasa en cadena.

## CONCLUSIÓN

La infección por VHB es un problema de salud pública. Se estima que hay 250 millones de portadores en el mundo, de los cuales 600.000 mueren cada año. En Chile existe una tendencia sostenida al alza, en las tasas de notificación, esto se debería principalmente al refuerzo de la vigilancia y notificación activa de los casos. La incidencia el año 2012 6/100.000 habitantes. Según la distribución etaria el 76% corresponde al grupo 20-24 años, los hombres concentran el 86% de los casos<sup>11</sup>. El riesgo de infección crónica es inversamente proporcional a la edad en el momento de exposición, el riesgo es hasta 90% en los expuestos al momento del nacimiento, mientras que el riesgo disminuye aproximadamente 20%-30% en los expuestos durante la infancia, entre los 1-5 años, y <5% en los adultos<sup>7</sup>.

Se presenta esta revisión de caso clínico debido a la poca frecuencia de infección aguda por virus hepatitis B durante el embarazo, y el alto riesgo de transmisión vertical. Es importante destacar que la terapia antiviral se ha demostrado efectiva en pacientes con reagudización de hepatitis B crónica durante el embarazo, para disminuir la transmisión vertical. Se reportó un caso clínico en Medizinische Hochschule, en donde se describe además cierta utilidad en el manejo de la hepatitis aguda fulminante<sup>9</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Libro: *Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades digestivas*. Sociedad Chilena de Gastroenterología, 2008. Capítulo: Hepatitis Aguda, Manejo Clínico.
2. Viral hepatitis in pregnancy. ACOG Practice Bulletin No. 86. *American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol* 2007; 110: 941-55.
3. TREHANPATI N, HISSAR S, SHRIVASTAV, S & SARIN SK. Immunological mechanisms of hepatitis B virus persistence in newborns. *The Indian Journal of Medical Research* 2013; 138(5): 700-10.
4. SOOKOIAN S. Liver disease during pregnancy: acute viral hepatitis. *Ann Hepatol* 2006; 5(3): 231-6.
5. HIEBER JP, DALTON D, SHOREY J, COMBES B. Hepatitis and pregnancy. *J Pediatr* 1977; 91(4): 545.
6. JONAS MM. Hepatitis B and pregnancy: an underestimated issue. *Liver Int* 2009; 29 Suppl 1: 133-9.
7. NATALIE H BZOWEJ. Hepatitis B Therapy in Pregnancy.

*Curr Hepat Rep* 2010; 9(4): 197-204.

8. HANNAH LEE. Hepatitis B and pregnancy. Disponible en sitio web [http://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-and-pregnancy?source=search\\_result&search=hepatitis+b+embarazo&selectedTitle=1-150#H50248265](http://www.uptodate.com/contents/hepatitis-b-and-pregnancy?source=search_result&search=hepatitis+b+embarazo&selectedTitle=1-150#H50248265). Ultimo acceso 20.04.16.
9. POTTHOFF A, RIFAI K, WEDEMEYER H, DETERDING K, MANN S, STRASSBURG C. Successful treatment of fulminant hepatitis B during pregnancy. *Z Gastroenterol* 2009; 47(7): 667.
10. CDC. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virus infection in the United States: recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). Part 1: Immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR* 2005; 54 (No. RR-16).
11. Ministerio de Salud. Guía clínica de manejo y tratamiento de la infección por virus Hepatitis B. Santiago, Minsal, 2013.