



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

160/235 - Breve recordatorio de la infección aguda por VHB, a propósito de un caso

D.F. Mariño Cifuentes^a, J.L. González Fernández^b, M.Á. Núñez Viejo^c, C. de Miguel Sánchez^d, E.M. Bengoechea Botín^e, P. Bengoechea Botín^f, F.J. Lendines Ramiro^g, P.A. Navarrete Solano^h, D. Abascal Carralⁱ y C. Domínguez Mosquera^j

^aMédico de Familia. Centro de Salud Ampuero. Ampuero. Cantabria. ^bMédico de Medicina Interna. Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cMédico Especialista en Medicina Interna. Complejo Universitario de Orense. Orense. ^dMédico Hematólogo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ^eMédico de Familia. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Cotoño Castro-Urdiales. Cantabria. ^gMédico de Familia. SUAP. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ^hMédico de Oncología Radioterápica. Hospital Universitario Navarra. Pamplona. ⁱMédico de Familia. Centro de Salud Cotoño II. Castro Urdiales. Cantabria. ^jMédico de Familia. Centro de Salud Pisueña-Selaya. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 29 años que acude al servicio de urgencia de atención primaria por dolor abdominal, sin antecedentes personales de interés. Presenta dolor abdominal difuso de una semana de evolución asociado a malestar general, astenia, náuseas y vómitos, en los últimos días asocia coluria sin acolia ni ictericia. Niega fiebre. Niega consumo de alcohol y fármacos, no viajes recientes ni consumo de aguas residuales. Es derivado al servicio de urgencias hospitalario para realización de pruebas complementarias ingresando en digestivo para estudio.

Exploración y pruebas complementarias: TA 120/70 FC 70 lpm, T^a 36. CyC: No ictericia, mucosas húmedas. Tórax: auscultación cardiopulmonar sin sobreagregados. Abdomen: blando, depresible, no doloroso, no masas ni megalias. Resto sin hallazgos. Hemograma: leucocitos 5.600 (79%S, 15%L) hemoglobina 15,2 g/dl, Hto 44,8% plaquetas 176.000. Bioquímica: sodio 133, glucosa 80 mg/dl, amilasa 40 GOT 1.740, GPT 3,186. GGT 387, fosfatasa alcalina 246, bilirrubina total 6,6. Uroanálisis: D 1.029, proteínas +, bilirrubina ++, urobilinógeno +++, c. cetónicos+++. Serologías: anti-VHA IgM negativo, VHB HbsAg positivo, anti-HBs negativo, anti-HBc positivo; HbeAg negativo, anti-HBe positivo. Anti-VHC negativo. Inmunología: ANA, AMA y AML negativos. Ecografía abdominopélvica: Ligeramente incremento de la ecogenicidad del parénquima hepático.

Juicio clínico: Hepatitis aguda VHB.

Diagnóstico diferencial: Exacerbaciones de hepatitis B crónica, reactivación de VHB, hepatitis sobreagregada a medicamentos o toxinas; VHA.

Comentario final: La hepatitis B es un virus con 8 genotipos identificados, se conocen cuatro vías de transmisión: parenteral, sexual, perinatal y horizontal. El periodo de incubación varía de 1 a 6 meses y depende de la cantidad de carga viral del inóculo, del mecanismo de transmisión y del huésped. En un 70% la infección ocurre asintomática y de los que tienen clínica, menos del 1% tendrán una evolución fulminante. Las manifestaciones clínicas varían y se caracterizan por: astenia

y anorexia que de forma típica suele preceder a la ictericia en una o dos semanas, náuseas, vómitos, febrícula, dolor abdominal, diarrea, coluria y acolia. Entre el 30-50% de los adolescentes y adultos presentan ictericia. En ocasiones puede aparecer un rash cutáneo y hasta en el 20% de los casos, artralgias. Suele haber hepatomegalia y a veces esplenomegalia; pueden presentar manifestaciones clínicas extrahepáticas: En pacientes con clínica de hepatitis aguda deberá realizarse inicialmente una bioquímica de la función hepática con transaminasas, bilirrubina y albúmina, además de un hemograma y coagulación. Los marcadores serológicos que normalmente se utilizan para diferenciar infección aguda, resuelta y crónica son el HBsAg, anti-HBc y el anti-HBs. La mayoría de los pacientes no requieren hospitalización y sólo se recomienda realizar tratamiento sintomático. La derivación hospitalaria debería indicarse en pacientes con coagulopatía, ictericia grave, clínica de encefalopatía hepática o en ancianos con otras enfermedades concomitantes que puedan descompensarse o en los que no toleren la vía oral. Solamente está indicada la administración de fármacos antivirales en pacientes con hepatitis B aguda fulminante hasta que se les realice el trasplante y en los que presenten enfermedad prolongada o grave (INR mayor del 1,5, o ictericia mayor de 10 más de 4 semanas, presencia de encefalopatía hepática) hasta que se produzca el aclaramiento del HBsAg. Los más adecuados son entecavir o tenofovir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Brook G, Soriano V, Bergin C. European guideline for the management of hepatitis B and C virus infections, 2010. *Int J STD AIDS*. 2010;21(10):669-78.