



# Hepatitis y embarazo

G. Ducarme, M. Schnee, V. Dochez

*En la mujer en edad de procrear, dos tercios de las hepatopatías se relacionan con el embarazo. En general, la gravedad y la frecuencia de las hepatitis virales son idénticas a las de la población en su conjunto, pero las infecciones por citomegalovirus o por el virus del herpes simple pueden tener complicaciones específicas. El principal riesgo vinculado al embarazo es la infección del feto o del recién nacido por transmisión vertical. El virus de la hepatitis B (VHB) está presente a escala mundial. Casi siempre, la transmisión se produce en el momento del parto. Cuando la madre es portadora crónica del virus, hay que vacunar al recién nacido contra el VHB. En la mujer embarazada, la prevalencia de la hepatitis aguda C (virus de la hepatitis C [VHC]), transmitida por vía parenteral o sexual, es muy baja. El riesgo de evolución hacia una forma fulminante es nulo, y el de evolución hacia una forma crónica, del 75%. El virus también se transmite por vía vertical. Esto suele ocurrir durante o después del parto. El riesgo de transmisión maternofoetal está aumentado en caso de coinfección con el virus de la inmunodeficiencia humana. En la actualidad, la infección por el VHB o por el VHC no modifica el curso del embarazo ni las modalidades del parto.*

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

**Palabras clave:** Hígado; Hepatitis; Hepatopatía; Virus

## Plan

■ <b>Introducción</b>	1
■ <b>Hepatitis virales agudas</b>	1
Hepatitis A	2
Hepatitis B	2
Hepatitis C	4
Hepatitis E	4
Hepatitis herpética	5
Hepatitis por citomegalovirus	5
Hepatitis por el virus de la varicela-zóster (VZ)	6
Hepatitis por el virus de Epstein-Barr	6
■ <b>Hepatitis virales crónicas</b>	6
Hepatitis crónica por el virus de la hepatitis B	6
Hepatitis D (delta)	7
Hepatitis crónica por el virus de la hepatitis C	7
■ <b>Insuficiencia hepática fulminante y subfulminante (IHFSF)</b>	7
■ <b>Hepatitis de origen parasitario</b>	8
Paludismo	8
Hidatidosis hepática	8
■ <b>Hepatitis tóxica</b>	8
■ <b>Hepatitis autoinmunitarias (HAI)</b>	9
■ <b>Conclusión</b>	10

funcionamiento hepático precolestásico, litógeno y protrombótico. En el transcurso de un embarazo normal, no se ha observado ningún signo clínico específico, aunque en el tercer trimestre puede aparecer una discreta polidipsia<sup>[1]</sup>. En los dos últimos trimestres, la concentración de las transaminasas no se modifica, pero la bilirrubinemia y la gamma-glutamyl-transpeptidasa ( $\gamma$ -GT) están disminuidas de forma significativa<sup>[2,3]</sup>. La detección precoz de una lesión hepática en la mujer embarazada se basa entonces en el aumento, incluso mínimo, de las transaminasas. Ésta es la alteración bioquímica más frecuente y, por tanto, la más específicamente asociada a una enfermedad hepática. Hay que distinguir dos tipos de hepatopatías<sup>[4]</sup>: por un lado, las patologías hepáticas específicas del embarazo, como la hiperemesis gravídica, la colestasis gravídica, el síndrome HELLP (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetopenia) o la esteatosis hepática aguda gravídica, y, por otro lado, las patologías hepáticas preexistentes o coincidentes con el estado de embarazo como, sobre todo, las hepatitis virales<sup>[5]</sup>.

El riesgo principal se refiere a las infecciones del feto o del recién nacido por una transmisión vertical. No se ha demostrado ninguna teratogenicidad de los virus hepáticos en el primer trimestre del embarazo<sup>[6]</sup>. Tampoco aumenta el riesgo de malformación congénita, salvo en caso de infección por citomegalovirus (CMV)<sup>[7]</sup>. Por lo tanto, el tratamiento de estas pacientes puede depender del término del embarazo y, sobre todo, del tipo de virus causal.

## ■ Introducción

En la mujer embarazada, las concentraciones elevadas de estrógenos y progesterona producen modificaciones funcionales hepatobiliares y diversas alteraciones del metabolismo glucídico y lipídico. Esto genera un

## ■ Hepatitis virales agudas

Son la causa más frecuente de ictericia durante el embarazo<sup>[1,2]</sup> y pueden contraerse en cualquier trimestre del

**Cuadro 1.**

Características principales de las hepatitis virales agudas durante el embarazo.

	Hepatitis B	Hepatitis C	Hepatitis A	Hepatitis D	Hepatitis E	VHS	CMV	VVZ
Tiempo de incubación	1-6 meses	1-3 meses	2-6 semanas	1-6 meses	2-6 semanas	De 1 semana a varios años	De 1 a varias semanas	2 semanas
Síntomas	A menudo asintomática	A menudo asintomática	Moderados	A menudo asintomática Coinfección VHB	Graves con mortalidad considerable	Potencialmente letal	Ninguno o seudogripal	Erupción cutánea típica o sólo fiebre
Anomalías fetales	Rara vez, parto prematuro	No	No	No	No	Sí, pero rara vez	Sí	Varicela congénita o neonatal
Transmisión vertical	Sí	Sí	Probable	No demostrada	Sí	Sí	Sí	Sí

VHS: virus del herpes simple; CMV: citomegalovirus; VVZ: virus de la varicela-zóster; VHB: virus de la hepatitis B.

embarazo<sup>[3]</sup>. No son más comunes ni más graves en el embarazo (excepto la hepatitis E y la hepatitis herpética). Los virus responsables son los de las hepatitis A (VHA), B (VHB), C (VHC) y E (VHE). Hay otras hepatitis virales ocasionales debidas a los virus de Epstein-Barr (VEB), CMV, del herpes simple (VHS) y de la fiebre amarilla. Los principales modos de transmisión son las vías orofecal (VHA y VHE), parenteral, sexual y neonatal (VHB y VHC)<sup>[8]</sup>. A la hepatitis viral D (delta) se la considera una hepatitis crónica debido a la necesidad de una infección previa por el VHB.

Es necesario saber que el 80-90% de las hepatitis virales son asintomáticas (Cuadro 1). Si no, el diagnóstico clínico en su forma aguda típica se basa en tres criterios: pertenencia a un grupo de riesgo, evolución clínica con una fase preictérica (síndrome seudogripal de 3-10 días de duración) seguida de una fase icterica, con antecedente de contagio reciente (incubación de 1 mes para el VHA, 2-3 meses para el VHB, 3-6 semanas para el virus de la hepatitis D [VHD] y 1-2 meses para el VHC). En algunos artículos se desarrolla de forma sintética el tratamiento específico de cada tipo de hepatitis<sup>[9,10]</sup>.

Los síntomas del período preictérico (fiebre, náuseas, dolor) suelen ser la razón de un consumo medicamentoso antipirético (paracetamol) o antiemético inadecuado (puede agravar los síntomas de la hepatitis viral) que debe evitarse, interrumpirse de inmediato y, en algunos casos, tratarse (N-acetilcisteína si se han ingerido más de 5-6 g de paracetamol en menos de 2 días y si el índice de protrombina [IP] es inferior al 50%). En la mujer embarazada, todas las hepatitis virales agudas pueden acompañarse de prurito y aumentan los índices de prematuridad y de morbimortalidad fetales<sup>[11]</sup>. Con excepción de algunos casos de hepatitis aguda debida al VHB, en estas hepatitis virales agudas no está indicado el tratamiento antiviral.

Las pruebas complementarias confirman el diagnóstico: citólisis de más de 30-50 N (30-50 veces el valor máximo considerado normal por el laboratorio) con alanina aminotransferasa/aspartato aminotransferasa (ALAT/ASAT) superiores a 1 y marcadores séricos virales positivos (inmunoglobulinas M [IgM] anti-VHA, antígeno [Ag] HBs e IgM anti-HBc en caso de VHB, IgM anti-VHD). Los anticuerpos anti-VHC aparecen al cabo de 1-3 meses, y es necesaria la detección del genoma viral por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR). La ecografía hepática se efectúa para descartar los diagnósticos diferenciales, sobre todo una colestasis intra o extrahepática. Además, se efectúan sistemáticamente análisis de los factores de la coagulación. El riesgo vital está vinculado al desarrollo de una hepatitis fulminante (IP < 50%) con signos clínicos de encefalopatía. En este caso, el único tratamiento posible es el trasplante hepático de urgencia.

## Hepatitis A

El VHA es un virus ARN (ácido ribonucleico) no teratógeno, ubicuo y de transmisión orofecal. La hepatitis A es la más frecuente de las hepatitis virales agudas (1/1.000 embarazos), y el embarazo no aumenta el muy bajo riesgo de evolución fulminante en el adulto joven con hígado sano (riesgo estimado en menos de 1/100.000). En general asintomática antes de los 6 años de edad, la hepatitis A se manifiesta en más del 70% de los casos por una ictericia cutaneomucosa que desaparece en 10-20 días. Pueden observarse formas de varias semanas de evolución (el 15% de los casos) y recaídas (1%). En cambio, no existe una forma crónica.

La presencia de IgM anti-VHA señala una infección aguda, pero puede persistir varios meses. Las IgG aparecen de forma más tardía y confieren una inmunidad definitiva. Las IgG anti-VHA también son positivas después de una inmunización contra el VHA<sup>[12]</sup>.

Los signos clínicos durante el embarazo son idénticos a los de una paciente no embarazada. El tratamiento es ambulatorio en la mayoría de los casos, pero la hospitalización puede ser necesaria en caso de vómitos incoercibles, encefalopatía u otros criterios de gravedad. En el caso de una hepatitis A aguda no grave, no hay razón para inducir el parto o efectuar una cesárea<sup>[13]</sup>. La lactancia materna no está contraindicada<sup>[14]</sup>.

El riesgo de transmisión maternofetal del VHA es muy bajo y depende sobre todo de la viremia materna en el momento del parto<sup>[15]</sup>. Sin embargo, en caso de hepatitis A confirmada en la madre en el tercer trimestre del embarazo, para evitar la transmisión maternofetal puede considerarse la administración de Ig 48 horas antes del nacimiento<sup>[16]</sup>.

La vacuna contra el VHA se puede usar durante el embarazo. Debido al mayor riesgo de complicaciones obstétricas (ruptura prematura de las membranas, prematuridad) asociado a la hepatitis A<sup>[11]</sup>, esta vacunación se recomienda si aparece algún caso de hepatitis A entre los allegados de la futura madre si ésta no ha sido inmunizada contra el virus<sup>[17]</sup>.

## Hepatitis B

El VHB es un virus ADN (ácido desoxirribonucleico) no teratógeno que se transmite por vía parenteral o sexual. La hepatitis B aguda tiene una expresión sintomática en el 10-30% de los casos. Los síntomas pueden aparecer entre los 30 días y los 6 meses posteriores al comienzo de la infección (fiebre, ictericia, astenia, etc.). El riesgo durante el embarazo depende, sobre todo, del patrón serológico de la madre (carga viral VHB por PCR) (Fig. 1) (Cuadro 2)<sup>[18]</sup>. El embarazo no aumenta el riesgo de hepatitis fulminante por VHB (menos del 1%) ni modifica el paso a la cronicidad, que se observa en el 5-10% de los casos en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3919114>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3919114>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)