

RESUMEN DE COMUNICACIÓN



Modalidad de presentación preferida: Oral Póster

RESUMEN DE COMUNICACIÓN

Título: Hepatitis B crónica en nuestro medio. Nuestra experiencia en los últimos 19 años

Centro de trabajo: Hospital Carlos III

Autores: B. soto, A. Bustinduy, E. Domínguez, M. García-Hortelano, J. Villota, P. Martín-Fontelos, A Enriquez y MJ Mellado.

Texto: INTRODUCCION: La hepatitis por el virus de la hepatitis B (HVB) se consideraba una enfermedad prácticamente erradicada en países desarrollados. Sin embargo, la tasa de inmigración creciente y de adopciones internacionales de países con alta endemia de HVB, está incrementando los casos de esta enfermedad en niños en nuestro medio.

OBJETIVOS: Presentar nuestra experiencia en HVB y alertar sobre su aumento en poblaciones de menores inmigrantes, por su importante repercusión clínica en pacientes pediátricos y riesgo de transmisibilidad.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo (1991-2009) de niños diagnosticados en H. Carlos III de HVB.

Criterio de inclusión: presencia al menos de AgHBs positivo de VHB. Definimos: presencia de infección: positividad de AgHBs en suero; infección aguda: si se acompaña de anticuerpos anticore IgM (Ac HBe-IgM); infección crónica: si se asocia con Ac HBe-IgG con fase de alta replicación: presencia de antígeno e (Ag HBe), o fase de baja replicación: negatividad de Ag HBe y positividad de anticuerpo anti e (Ac HBe). Curación: aparición de Ac anti-HBe y anticuerpo anti-HBs.

RESULTADOS: Poblacionales: 39 niños con HVB, mediana de edad al diagnóstico 2 años, sin predominio de sexo. La mediana de seguimiento fue de 4,5 años, con un rango: 1-16 años (11 pacientes se perdieron el seguimiento). La mayoría adoptados y el país de origen más frecuente India (27/39 pacientes, 78,3%); otros países a destacar, Etiopía y Guinea. Resultados serológicos: Presencia de AgHBs en todos los pacientes. Objetivamos curación: negativización de HbsAg y aparición de AcHBs en los 12 meses posteriores, en 5 casos (12,8 %). Infección aguda: 1 caso, con presencia de HBsAg, HBe-IgM y Ag HBe al diagnóstico, que posteriormente evoluciona a infección crónica. El resto de 33 casos, con marcadores de infección crónica, el 90% en fase de alta replicación. La mediana de carga viral al diagnóstico fue de 110.825,48 UI/mL. Resultados analíticos: Valor medio AST/ ALT: 46/52 UI/mL, GGT: 17 UI/mL, todos con valores normales de plaquetas, bilirrubina, fosfatasa alcalina, alfafetoproteína y coagulación. Durante el seguimiento no observamos empeoramiento de función hepática o fallo hepático en ningún caso. El genotipo más frecuente fue el D. Se objetivó infección pasada por VHA en 19/26 pacientes. Ninguno presentó coinfección con VHC o VHD. Se realizó fibroscan a 16 niños, con estadio inicial todos en F0-F1 (sin fibrosis). Dos niñas presentaron evolución en el fibroscan a estadio F2 (fibrosis leve), manteniéndose el resto en F0-F1. Ningún caso evolucionó a F3-F4 (fibrosis severa-precirrosis). Se trató con Lamivudina una paciente hindú de 2 años con alta replicación viral y biopsia mostrando leve-moderada necroinflamación IAH03.

CONCLUSIONES: La HVB es una enfermedad casi erradicada en nuestro país, gracias a la profilaxis del recién nacido de riesgo y a la vacunación universal. La tasa creciente de niños inmigrantes de países con alta endemia de HVB, representa el resurgimiento de esta enfermedad en nuestro medio, siendo obligado el despistaje de HVB en el primer examen de salud del niño inmigrante. Es necesario un seguimiento estrecho por mayor tasa de complicaciones (cirrosis, hepatocarcinoma) en estos menores que adquirieron la infección por vía vertical o debido al largo curso evolutivo cuando se adquiere en la primera infancia. El fibroscan como técnica no invasiva resulta muy útil para el seguimiento de estos pacientes y para la valoración de indicación terapéutica, dada su fiabilidad tanto en estadios iniciales como en los más avanzados de la enfermedad.