



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



CARTAS AL DIRECTOR

Necesidad de intensificar la relación con medicina de atención primaria para mejorar el control y tratamiento de los pacientes infectados por el virus de la hepatitis B

Need to intensify the relationship with medicine from primary care to improve the control and treatment of patients infected by the virus of hepatitis B

Sr. Director:

Los pacientes con infección por el virus de la hepatitis B (VHB) que presentan transaminasas normales, en ocasiones pueden presentar hepatopatía avanzada, riesgo de progresión a cirrosis y/o alta capacidad infectiva en individuos no vacunados. Por todo esto, es básico realizar el control adecuado en los pacientes diagnosticados, sobre todo en los que tienen transaminasas normales, que por ello muchas veces no se derivan a la consulta especializada; los pacientes con transaminasas elevadas son derivados más frecuentemente, ya que en este caso no suele infravalorarse el potencial patogénico de la infección.

A continuación se describe una experiencia realizada en nuestro hospital en colaboración con los diferentes centros de atención primaria de los que somos referencia.

Durante julio de 2011 se comunicó a los centros de atención primaria de nuestra zona que enviaran a todos los pacientes infectados por VHB de forma crónica, es decir, pacientes con presencia de antígeno de superficie positivo durante más de 6 meses, a la consulta de hepatología de nuestro hospital. Dichos pacientes estaban siendo controlados en los diferentes ambulatorios, al ser considerados en su mayoría portadores inactivos, por presentar transaminasas normales, sin haberse realizado determinaciones de DNA-VHB.

Al cabo de un año se habían enviado a la consulta de hepatología 51 pacientes. Se realizaron a todos 3-4 determinaciones analíticas con transaminasas y carga viral VHB durante un año para etiquetarlos de forma adecuada.

De los 51 pacientes, 33 (64,7%) eran realmente portadores inactivos, pero los otros 18 (35,3%) no lo eran.

Dentro de los mal etiquetados como portadores inactivos, un paciente de origen senegalés de 25 años presentaba

DNA-VHB superior a 2.000 UI/ml con transaminasas mínimamente elevadas. Se le realizó una biopsia hepática y el resultado fue estadio 2 grado 2 según la escala METAVIR, por lo que se pautó tratamiento. Otros 11 pacientes se encuentran en estos momentos en valoración, ya que presentaron transaminasas normales con DNA-VHB superior a 2.000 UI/ml, por lo que si esta situación persiste en el tiempo habrá que realizar una biopsia hepática para diferenciar si nos encontramos ante una situación de portador inactivo o de hepatitis crónica VHB Ac e(+) con transaminasas normales. 7 pacientes se encontraron en esta situación, realizándose biopsia e indicando esta la necesidad de tratamiento en 3 pacientes. Otra paciente con transaminasas normales y DNA-VHB mayor de 2.000 UI/ml se quedó embarazada, aumentando los niveles de DNA-VHB hasta alcanzar una carga viral superior a 170.000.000 UI/ml, por lo que se pautó tratamiento en el tercer trimestre con tenofovir, consiguiendo una disminución de la carga viral, disminuyendo el riesgo de transmisión vertical en el niño. Los últimos 2 pacientes mal etiquetados de portadores inactivos presentaban VHB Ag e(+) y cargas virales muy elevadas, lo que sugería que realmente se encontraran en fase de inmunotolerancia.

Comentario

El control de la hepatitis crónica B es cada vez más complejo, ya que cada vez hay que tomar más actitudes, que deben ser valoradas por personal médico experimentado. Dentro de las diferentes actitudes se incluyen etiquetar a los pacientes en función de la fase de la infección en la que se encuentran, valorar la necesidad de tratamiento, realizar profilaxis de la transmisión vertical, realizar profilaxis de la reactivación y realizar cribado de hepatocarcinoma en las diferentes poblaciones.

En nuestra experiencia, los 51 pacientes estaban etiquetados de portadores inactivos y se mantenía con ellos una actitud expectante; sin embargo, una vez realizado el seguimiento con 4 determinaciones durante el primer año, de cifras de transaminasas y carga viral de VHB, se evidenció que 7 pacientes (13,7%) requirieron una valoración mediante biopsia hepática por tener transaminasas normales o mínimamente elevadas con DNA-VHB > 2.000 UI/ml y, de estos, 4 (7,8%) requirieron tratamiento. Otros 11 pacientes (21,5%) presentan transaminasas normales y DNA-VHB > 2.000 UI/ml en varias determinaciones, pero sin cumplir el año de

Tabla 1 Causas, número y porcentaje de pacientes en los que la actitud de seguimiento y/o tratamiento se ha modificado

Total	Actitud modificada	En control por DNA > 2.000 UI/ml	Bx	Tratamiento	Profilaxis transmisión vertical	Cribado HCC	Quimioprofilaxis reactivación	Fase de inmunotolerancia
n 51	29 56,8%	11 21,5%	7 13,7%	4 7,8%	1 2%	7 13,7%	2 4%	2 4%

control inicial, por lo que a varios de estos se les realizará una biopsia hepática para valorar la necesidad de tratamiento. En cualquier caso, según recomiendan las guías actuales¹, requieren una valoración más exhaustiva de la realizada hasta ahora.

Con respecto a la paciente embarazada hay datos en la literatura médica que orientan a que una disminución de la carga viral disminuye el riesgo de transmisión vertical en el niño. Esta actitud parece más efectiva en los pacientes VHB Ag e (+), pero también se aconseja en las pacientes VHB Ag e (–) con cargas virales muy elevadas, como es el caso².

En relación con los pacientes que se encontraban realmente en fase de inmunotolerancia, el seguimiento no ha cambiado, pero dada la alta capacidad de contagio, se ha insistido en la posibilidad de transmisión a población no vacunada, repasando con el paciente las vías de transmisión, modos de prevenirla y en la vacunación de convivientes, actitudes que, por otro lado, aconsejamos a todos los pacientes infectados según apuntan las diferentes guías^{1–4}.

Otros 2 pacientes, estos sí, portadores inactivos, recibieron quimioterapia por tumores de pulmón y mama, y no recibieron profilaxis para reactivación de la hepatitis B⁵; a pesar de todo no la presentaron, pero en cualquier caso, la actitud debería haber sido diferente.

Debido a las características carcinogénicas del virus de la hepatitis B, el simple hecho de estar infectado supone un riesgo aumentado de hepatocarcinoma. Este riesgo es superior en determinadas poblaciones infectadas, como las provenientes de África Subsahariana y del Sudeste Asiático, por lo que el cribado debe comenzarse a los 20 años en pacientes provenientes del África Subsahariana y a los 40/50 años en mujeres/hombres provenientes del Sudeste Asiático⁶. Según lo comentado anteriormente a 7 pacientes, todos subsaharianos, que requerían cribado, no se les estaba realizando (13,7%).

Para concluir, comentar que de los 51 pacientes etiquetados de portadores inactivos y manejados con una actitud expectante, en 29 (56,8%) habría que haber modificado esta actitud por los motivos comentados anteriormente (tabla 1).

Los grandes avances que han surgido en el campo de la hepatitis B hacen que sea necesario que los pacientes infectados deban ser controlados por un especialista acostumbado a valorar esta infección. Sin embargo, el potencial patogénico de muchos casos está minimizado, sobre todo

porque se considera que cuando las cifras de transaminasas son normales, el paciente está en fase de portador inactivo, a pesar que esta situación puede ocurrir en escenarios con evolución tan variable como son la fase de inmunotolerancia y la de hepatitis crónica Ac e (+). En nuestra zona, muchos pacientes no se derivaron a atención especializada por este motivo, con los resultados expuestos anteriormente, por lo que se demuestra, en nuestro caso, la utilidad de una relación más intensa con atención primaria en este campo, con la idea de realizar los controles, pruebas diagnósticas y tratamientos adecuados a todos los pacientes infectados. Es responsabilidad de los médicos especialistas la transmisión de esta necesidad a los médicos de atención primaria, para que se consiga valorar correctamente a todos los pacientes infectados.

Bibliografía

- Buti M, García-Samaniego J, Prieto M, Rodríguez M, Sánchez-Tapias JM, Suárez E, et al. Documento de consenso de la AEEH sobre el tratamiento de la infección por el virus de la hepatitis B. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35:512–28.
- Petersen J. HBV treatment and pregnancy. *J Hepatol*. 2011; 55:1171–3.
- EASL Clinical Practice Guidelines. Management of chronic hepatitis B virus infection. *J Hepatol*. 2012;57:167–85.
- Lok A, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: update. *Hepatology*. 2009;50:2009.
- Katz LH, Fraser A, Gaftner-Gvili A, Leibovici L, Tur-Kaspa R. Lamivudine prevents reactivation of hepatitis B and reduces mortality in immunosuppressed patients: systematic review and meta-analysis. *J Viral Hepat*. 2008;15:89–102.
- Bruix J, Sherman M. Management of hepatocellular carcinoma. *Hepatology*. 2005;42:1206–36.

Pablo Ruiz*, Raquel González, Rebeca Higuera, Mari Luz Basagoiti, Araceli Sánchez y Fidencio Bao

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital de San Eloy, Baracaldo, Bilbao, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pablo.ruizeguiluz@osakidetza.net (P. Ruiz).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2013.01.004>