



HEPATITIS B Y MANIFESTACIONES EXTRAHEPÁTICAS

CASO CLÍNICO: INDICACIONES DE TRATAMIENTO

DRA. DANIELA BASSO - HEPATOLOGIA

CÓMO EMPIEZA ESTA HISTORIA...

- Paciente de 60 años, sexo masculino. Veterinario. Docente.
- APP: HTA medicado con amlodipina y carvedilol.
Dislipemia leve.

Diagnóstico de **HBV crónica** en 1980. Transfusiones (+) previas. Sin control médico posterior por su hepatopatía.

Niega episodios previos de ictericia, astenia poco significativa. Hepatogramas previos normales o con leve aumento (ALT <2VVN)

CASO CLINICO: MANIFESTACIONES EXTRAHEPÁTICAS

- Octubre/2017: Traumatismo en zona púbica. Desarrollo de Osteomielitis.
- Evolucionó con sepsis grave. Tratamiento quirúrgico con toilette y drenaje.
- Microbiología: Aislamiento de SAMS (material drenado) .
- Tratamiento con Cefazolina y Rifampicina ev.
- Intercurre con insuficiencia renal aguda (creatinina 3 mg/dl) sin requerimiento de diálisis, a las 2 semanas de la internación.

¿CÓMO INTERPRETAR LA INSUFICIENCIA RENAL?

- 1- Secundario a la sepsis severa?
- 2- GNF postinfecciosa
- 3- Nefrotóxicos (rifampicina) NTA? o nefritis intersticial?
- 4- glomerulopatía por HBV?

¿CÓMO SIGUE LA HISTORIA?

Persistencia de insuficiencia renal, a pesar de la mejoría clínica.

Proteinuria y hematuria.

FeNa > 1. Eco renal sp.

Se rota antibiótico a TMP-SMX + minociclina.

Nefrotóxicos (-).

Buena evolución desde lo Infectológico.

Laboratorio

HB: 8 C: 3,05 MDRD 4 : 21 ml/min

TP: 100% Plaquetas: 279000

HIV (-) HCV (-) AgsHB (+)

AgeHB (-) AntiHBe (+)

CV: 813 UI/ml. ANtiHBs (-)

Ig G HDV (-)

C3 normal y C4 limite inferior de la normalidad.

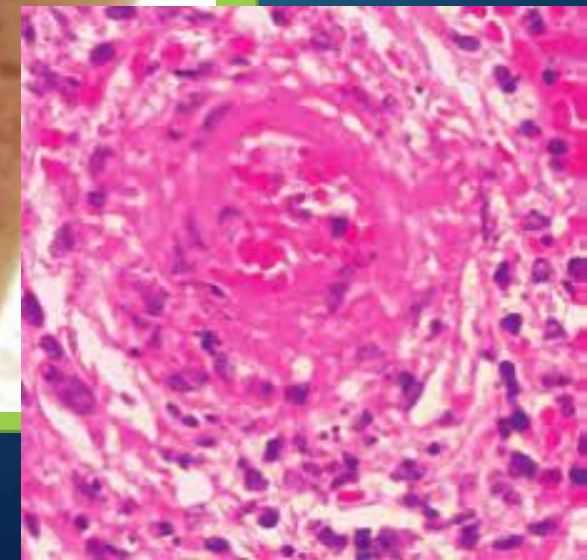
Crioglobulinas (-)

- Noviembre/17: lesiones eritematosas, violáceas en miembros inferiores, que no desaparecen con la vitropresión, especialmente, distales.

Púrpura palpable. ANCA P y C (-)

Biopsia cutánea: **vasculitis subaguda leucocitoclástica de pequeños vasos.**

- No se realizó IHQ sobre las muestras.
- **¿Qué relación tiene este nuevo hallazgo?**



¿ QUÉ OCURRÍA CON EL HÍGADO? FEBRERO/18

- Aumento leve de transaminasas (<2VVN), a predominio de ALT.
- Buena función de síntesis hepática (TP, BT y albúmina normales)
- **Ecografía:** hígado normal. Vesícula con múltiples litos pequeños. Bazo: sp. No ascitis. Doppler hepático VP y VHS permeables. AR IR: 0,78
- **Elastografía:** 3,76 kPa. Estadío F0. DS<30%, 10 mediciones.
- Autoanticuerpos: FAN 1/40 moteado fino. AntiLKM y ASMA (-).
- Ferritina: >1650, saturación de transferrina: 33,8%.

EVOLUCIÓN

- **BIOPSIA RENAL:** Glomerulonefritis Mesangio proliferativa. Túbulos e intersticio sin lesiones. Hipertrofia fibromuscular de vasos. IHQ Ig A (-) Sin IHQ para complemento, ni determinación de HBV
- En marzo/2018:
- Hb: 8 g/dl, normocítica- normocrómica, LDH normal. Eritropoyetina en el límite inferior de lo normal. **CV HVB : 5290 UI/ml (log 3,72) Creatinina: 3,03 U: 0,97 ClCr: 27,4 ml/min MDRD 4**
- Orina de 24 hs: proteinuria: (+) 1350 mg/24 hs. Hematuria (+) 22/25 H/c
- Se decide inicio de tratamiento con análogo nucleósido ajustado a clearance de creatinina. Entecavir a dosis de 0,5 mg cada 72 hs inicialmente (Clcr <30 ml/min)

EVOLUCIÓN

- Mejoría clínica (astenia)
- RAM: náuseas al inicio del tratamiento. Transitorio.

	13/3/18	23/04/18	30/05/18	Agosto/19
Urea	97 mg /dl	73	61	0,42
creatinina	3,03 mg/dl	2,05	1,6	1,48
hemoglobina	8 g/dl	9,8	11,1	10,8
Clcr	21,2 ml/min	33,3	44,3	48,2

Carga viral a los dos meses de tratamiento: no detectable. Normalización de transaminasas.

Rotación a TAF 25 mg /día

MUCHAS GRACIAS!!!!

