

CASO CLINICO

Paola M. Pegoraro

Hospital El Cruce

LOBOS 2019

HISTORIA CLINICA

- **Varón de 60 años.**
- **Cirrosis de etiología alcohólica diagnosticada en 2016 (seguimiento en otro centro).**

HBsAg (-) Anti-HBc (+) Anti-HBs (-)
Anti-HCV (-)
Pruebas de Fe+ normales
Autoanticuerpos (-)

DESCOMPENSACIONES :

- **SAE con buena respuesta a diuréticos.**
- **HDAV en tratamiento con BB y ligaduras.**

1/8 : CONTROL POR AMBULATORIO

BT	0.6 mg/dl
AST	105 U/l
ALT	85 U/l
FAL	100 U/l
TP	70 U/l
RIN	1.4 U/l
PLAQUETAS	195000 mm ³
ALBUMINA	3.4 g/dl

MELD 10

CHILD B
(7 puntos)

2/8 y 10/9 se realiza VEDA + banding

26/9: CONSULTA POR ICTERICIA Y ASTENIA

- Laboratorio de ingreso:

BT	25 mg/dl
AST (VN<34)	2429 U/l
ALT (VN<55)	1280 U/l
FAL (VN < 150)	157 U/l
TP (VN 70 - 120)	68 %
RIN	1,5

QUE PIENSAN ? QUE HARIAN?

SE DERIVA AL HEC

- Al examen físico: ictericia cutáneo mucosa / sin EPS / ascitis leve.
- Laboratorio:

BT	57 mg/dl
AST (VN <34)	150 U/l
ALT(VN < 55)	53 U/l
FAL (VN < 150)	186 U/l
TP/RIN	49% / 1,5
Factor V (>50)	77%

MELD 24

ESTUDIOS SOLICITADOS

- Marcadores etiológicos:

HBsAg	Negativo
Anti-HBc	Positivo
Anti-HBs	Negativo
Anti-HVC	Positivo
Ig M anti HAV	Negativo
Auto anticuepos	Negativos
Ceruloplasmina	40
Ferritina	1200

- Estudio por imagen: hígado de aspecto cirrótico, ascitis leve.



COMO SEGUIRIAN?

RESULTADO DE CARGAS VIRALES

HCV RNA	8290000 UI Log 6.9 Genotipo 1a
HBV RNA	Negativo

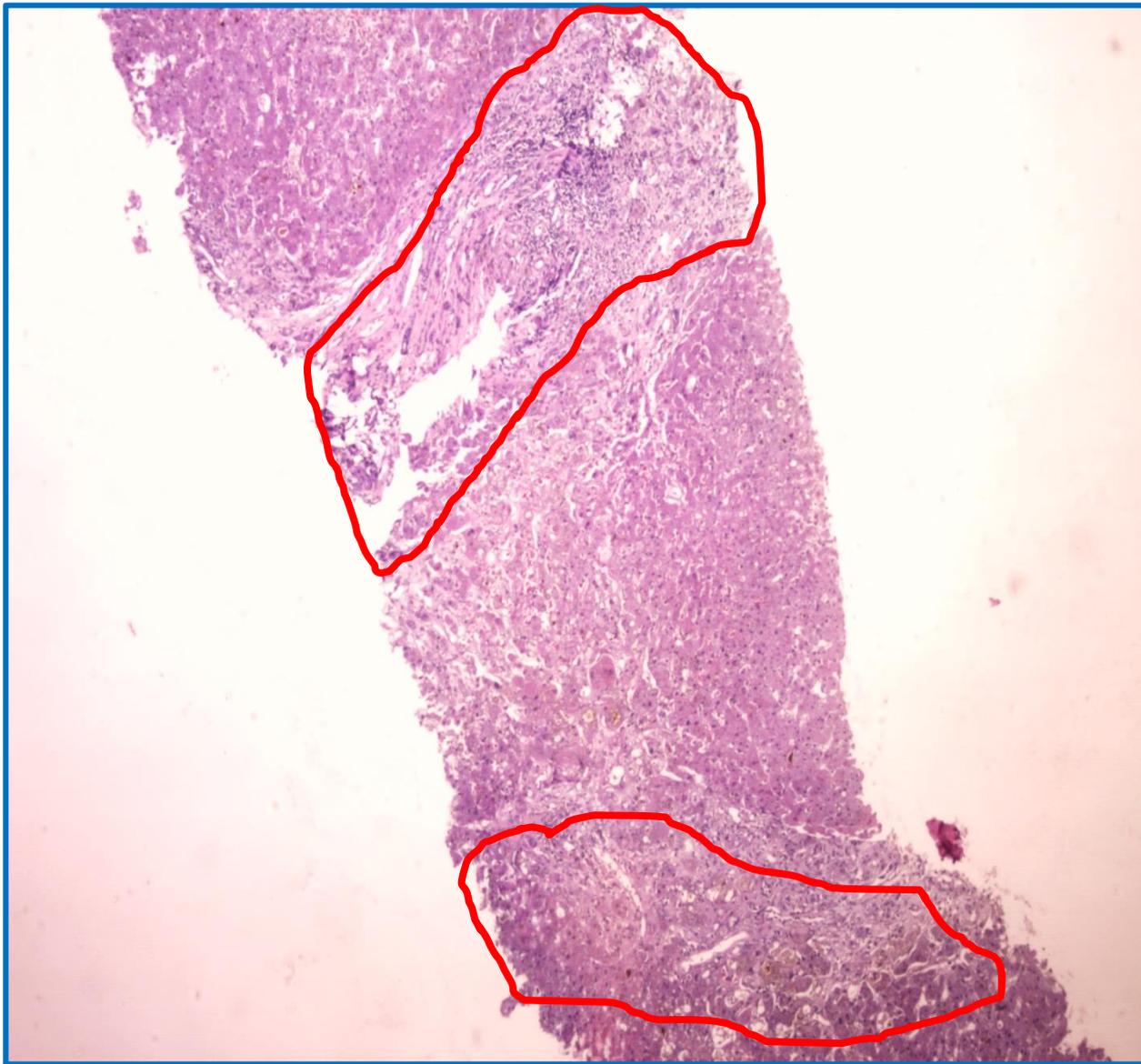
EVOLUCION

- Infección urinaria por *Cándida Albicans*.
- Shock séptico a foco respiratorio → IOT/ARM.
- HDA variceal.
- Shock refractario con falla multiorgánica → paro cardio respiratorio y defunción.

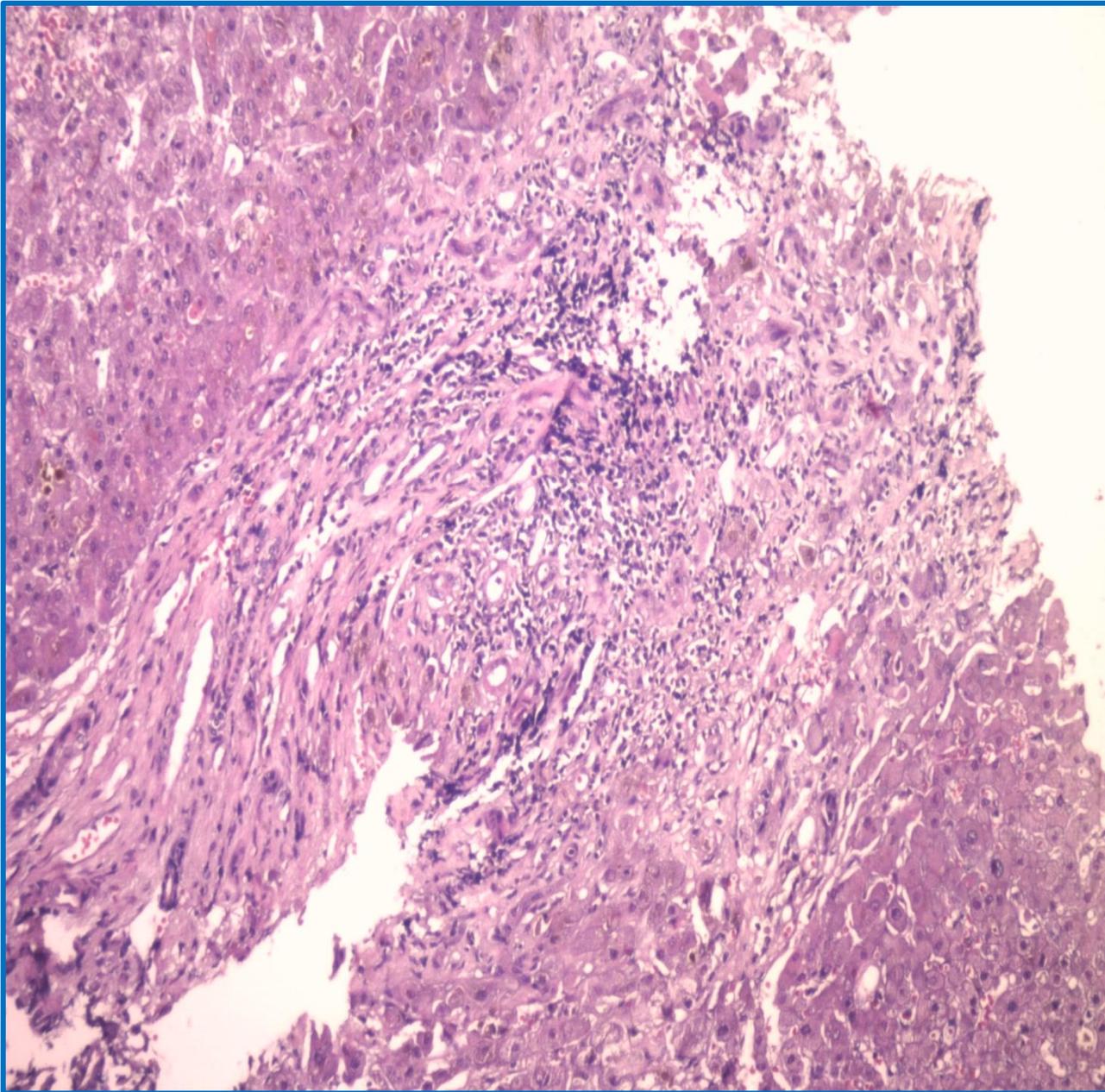
SE REALIZA PBH



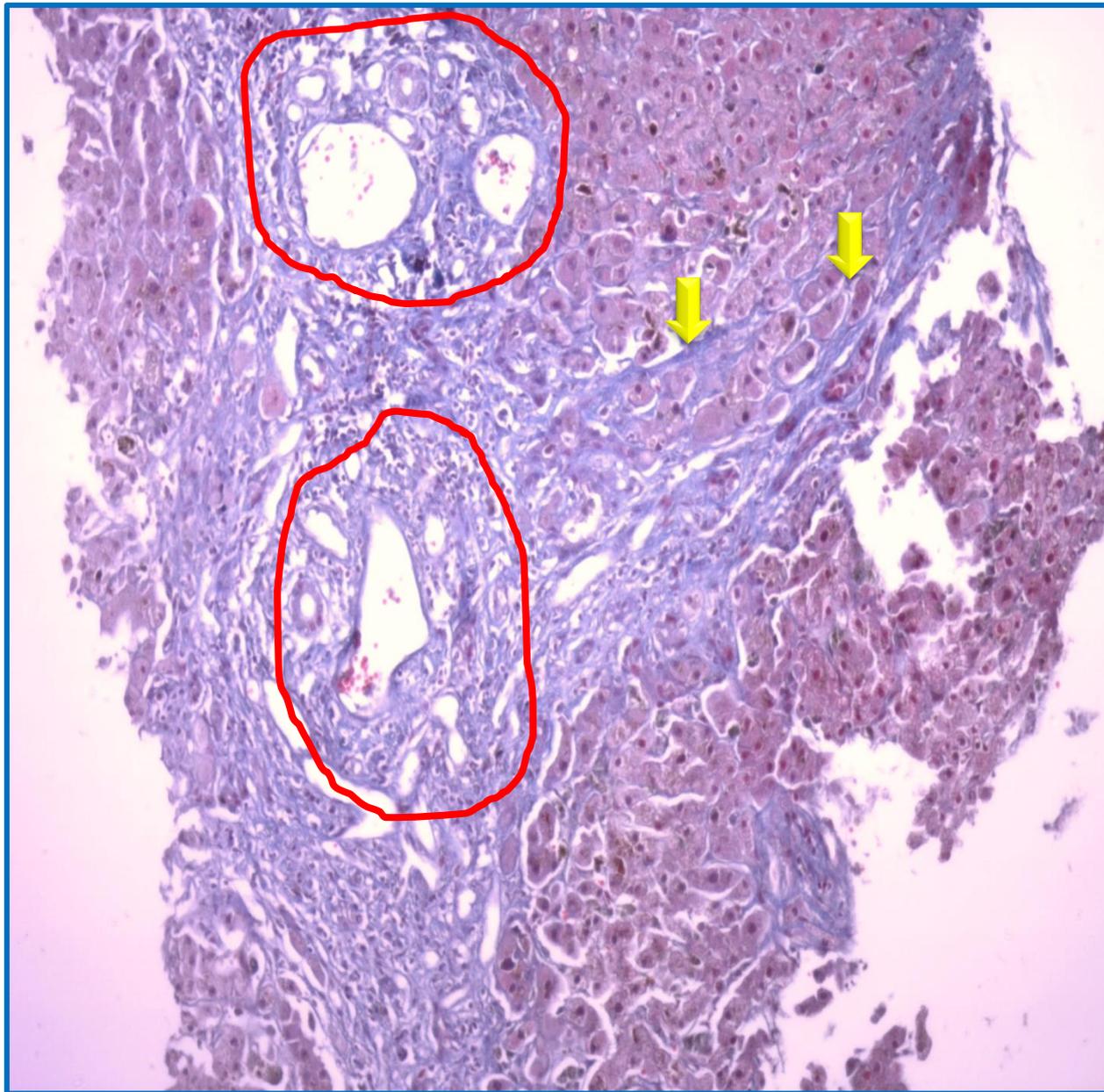
QUE ESPERAN ENCONTRAR?



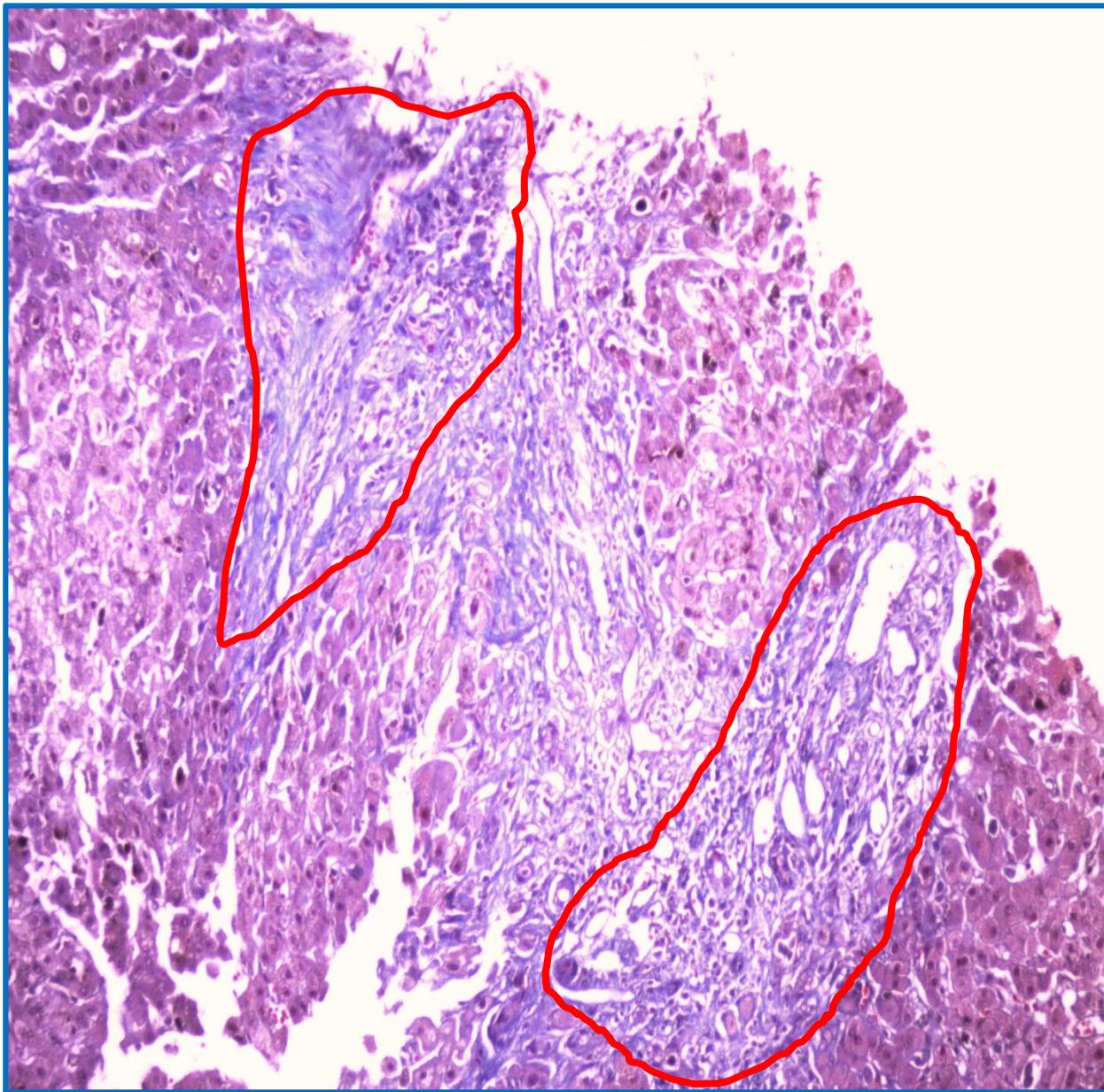
Septos completos con inflamación moderada



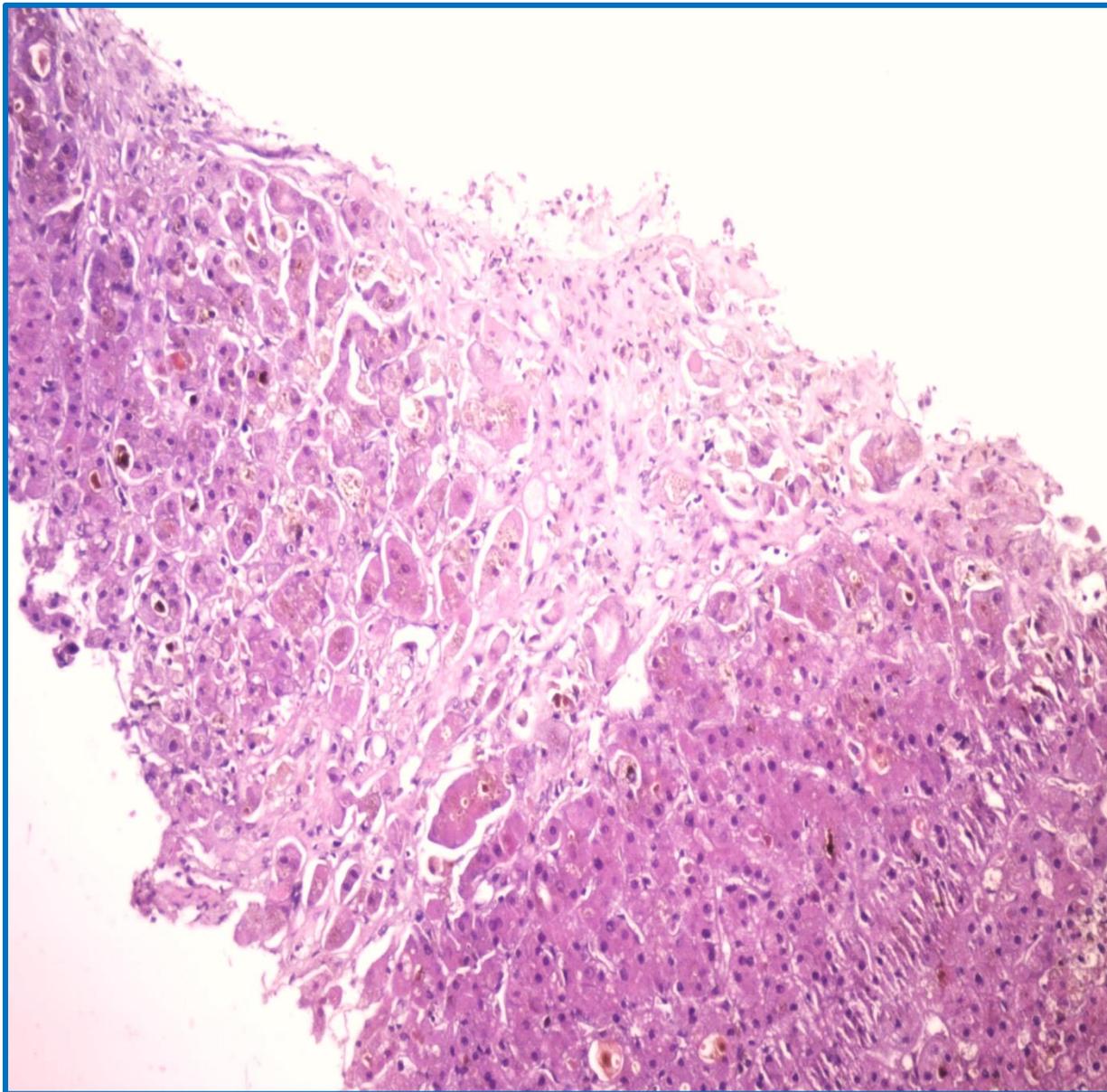
Septos completos con inflamación moderada



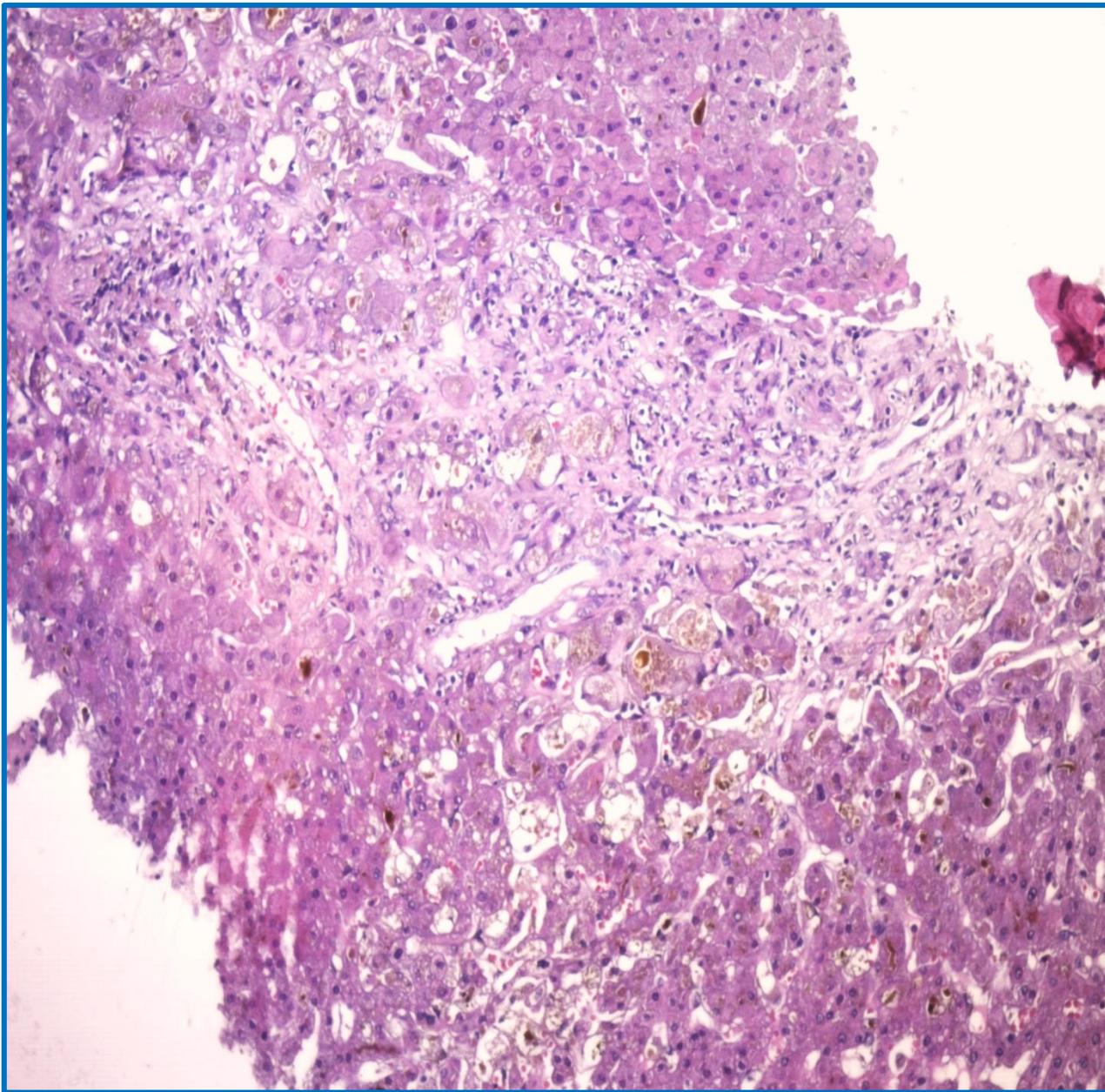
Fibrosis portal y periportal con colapso



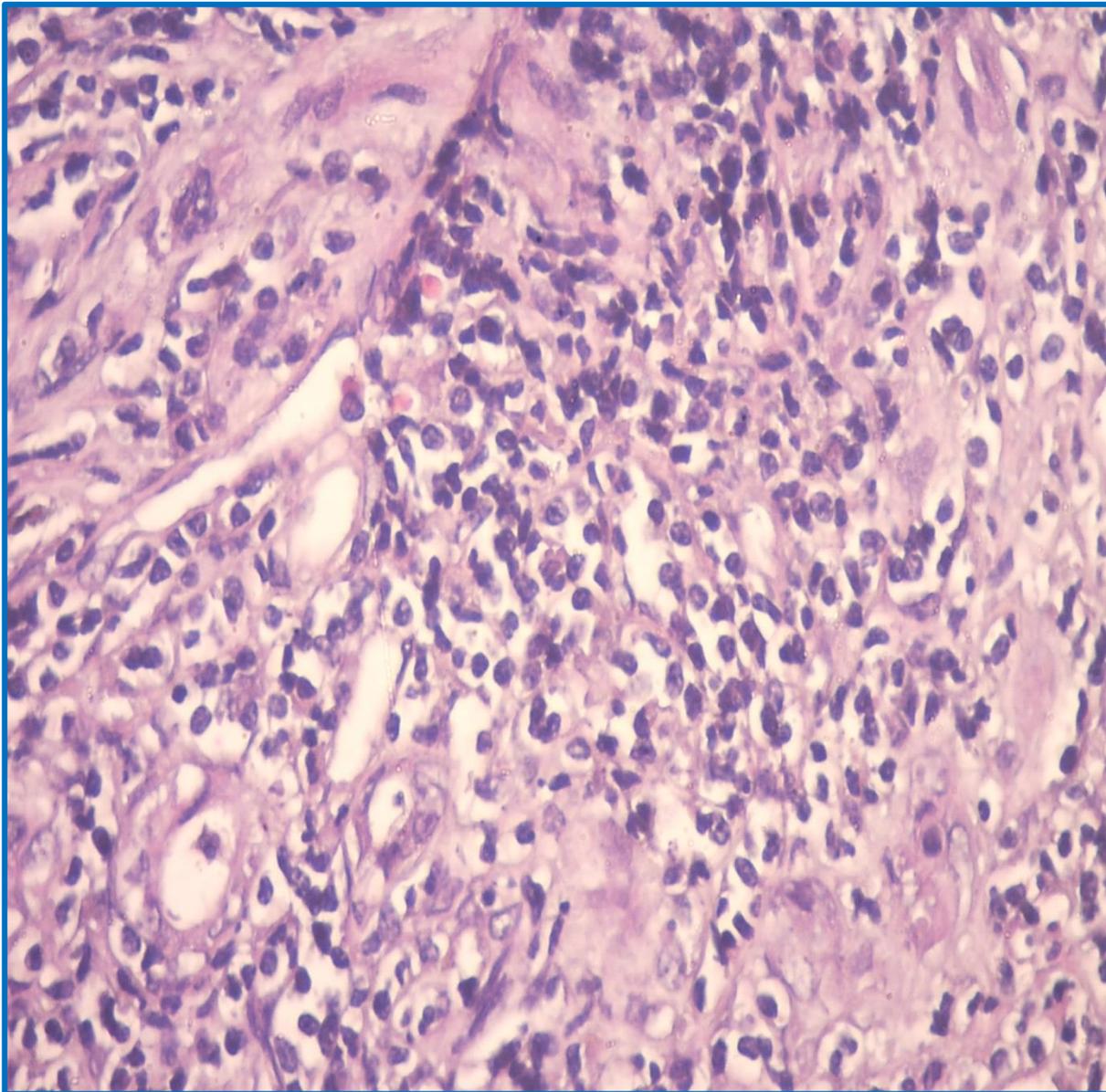
Fibrosis portal con septos y colapso del parénquima



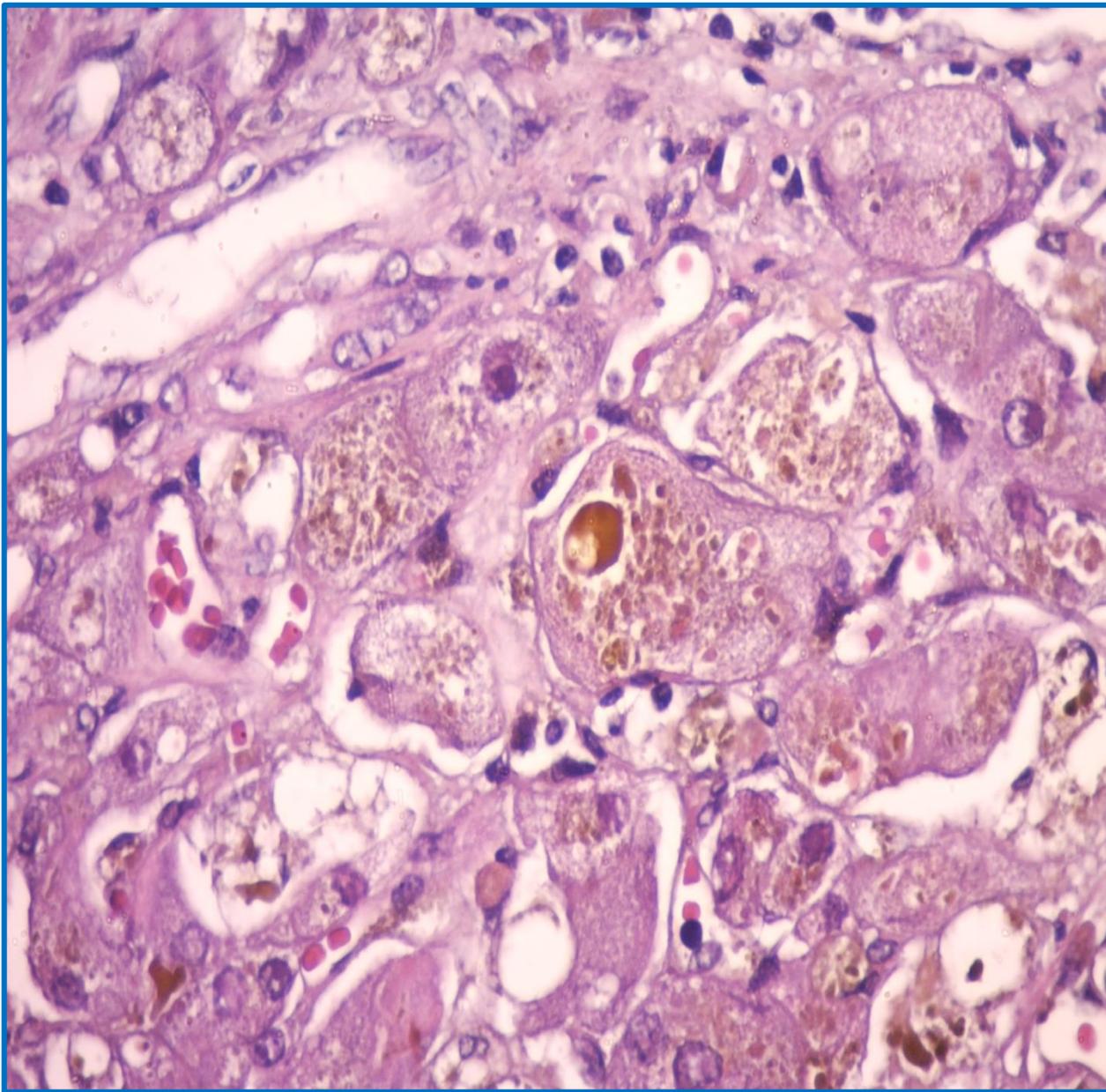
Necrosis confluyente en zona 3 con inflamación leve



Necrosis confluyente en puentes con inflamación leve



Inflamación portal mixta a predominio linfocítico



Coolestasis celular severa

Diagnóstico Histológico

- **Fibrosis portal con septos completos e incompletos (F3-F4)**
- **Necrosis confluyente perivenular y en puentes**
- **Inflamación portal y lobulillar leve a moderada**
- **Colestasis severa**

Cambios sugestivos de enfermedad hepática aguda sobre crónica

EN RESUMEN

**Cirrosis alcohólica con
descompensación leve**

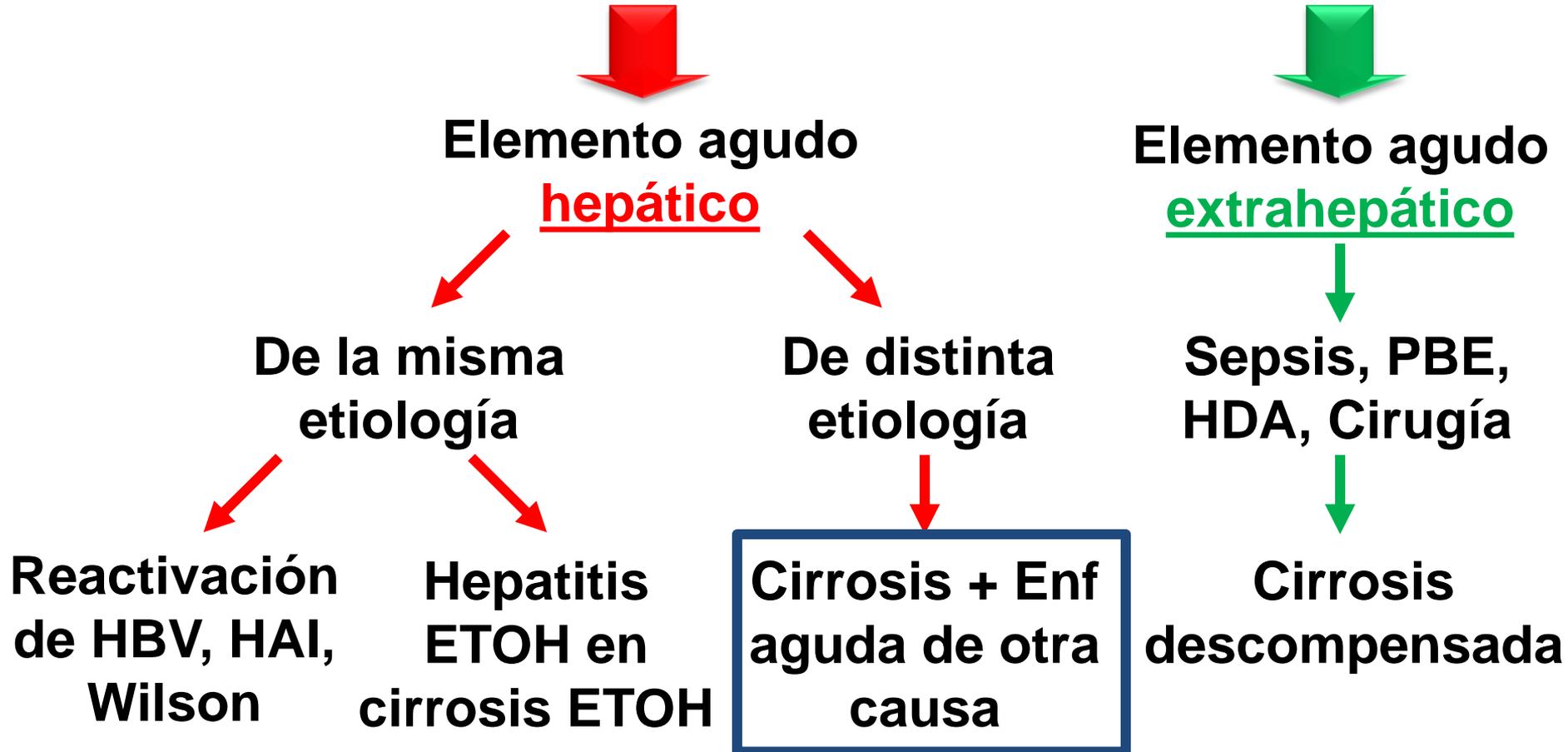
+

**Infección aguda por
HCV**

ACLF

Insuficiencia Hepática Aguda sobre Crónica

El elemento crónico es siempre hepático (cirrosis)



La IHASC incluye entidades que tienen poco que ver una con otra

INFECCION AGUDA POR HVC

- **Sintomática en 15% de los casos.**
- **Presencia de hepatitis y/o síntomas constitucionales en los 1ros 6 meses posteriores a la exposición.**
- **La curación espontánea varia del 20-50 %.**
- **Entre el 50-80% evolucionan a la cronicidad.**

*Acute Hepatitis C virus Infection: A Chronic Problem Jason T. Hepatology 2018.

*Clinical epidemiology of acute hepatitis C in South America. Dirchwolf 2017.

TRANSMISION DE HVC POR VIA ENDOSCOPICA

- **Las trasmisión de patógenos virales por esta vía es rara.**
- **Existen reportes de casos en la literatura.**
- **Relacionado a un inadecuada desinfección del material, principalmente cuando se realizan procedimientos invasivos.**

*Spach DH, Silverstein FE, Stamm WE. Transmission of infection by gastro-intestinal endoscopy and bronchoscopy. Ann Intern Med 1993;118:117–28

*Maugat S. Nosocomial risk factors of hepatitis C infection. A multicenter study in a hospital based population. Rev Epidemiol Santé 2003.

*Bonowski JP, Patient to patient transmission of hepatitis C virus during colonoscopy. Bonowski JP N Eng J Med 1997.

*Risk of contamination by hepatitis C of endoscopes utilized in gastroenterology hospital service. Deflandre J. Rev Med Liege 2001.