

# HEPATITIS B Y C EN EL EMBARAZO: ¿ESTAMOS ATENTOS?

Dra. Karem Velázquez Lea. Residente de Gastroenterología  
Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño.  
Dr. Ioannis Giannopoulos. Gastroenterólogo. Docente de postgrado  
Hospital Dr. Miguel Pérez Carreño

La infección por virus Hepatitis B y C representa a nivel mundial un problema de salud pública debido a su elevada prevalencia y por ser causas documentadas de hepatitis crónica, cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular. Gracias a los métodos de despistaje, la detección de pacientes portadores para ambos virus ha ido incrementándose en los últimos años, y probablemente ésta sea la causa del aumento de la tasa de incidencia en la población general.

En cuanto a la prevalencia mundial, se estima que cerca de 350 millones de personas en todo el mundo se encuentran en estado de portador crónico de Hepatitis B y 170 millones de personas son afectadas por el virus de la Hepatitis C<sup>(1-3)</sup>. En Venezuela, ambas entidades comparten una prevalencia que va desde el 3,2 al 5% y a pesar que los datos disponibles son escasos, contamos con un reporte de los marcadores serológicos de Hepatitis B y C en mujeres embarazadas realizado en el estado Zulia, en el cual se recolectaron muestras serológicas de forma prospectiva desde Enero 2007 hasta Diciembre 2008 en 3.588 mujeres que acudieron a control prenatal, independientemente de su edad gestacional y características demográficas. El análisis de dichas muestras fue realizado en el Laboratorio del Sistema Regional de Salud y los resultados aportados por este estudio son de reconocida utilidad para el conocimiento de la prevalencia de éste fenómeno y su extrapolación a la realidad serológica de ésta población en particular.

Debido al incremento progresivo del número de detecciones anuales, se ha hecho prioritaria la necesidad de informar a la población general acerca de riesgos y consecuencias del contagio, así como de la implementación de medidas preventivas para las principales fuentes de transmisión como son el contacto sanguíneo con pacientes portadores, el uso de drogas intravenosas, el uso de productos hemoderivados y el contacto sexual. Sin embargo, la vía de transmisión vertical (madre-hijo) por su baja incidencia, así como los efectos clínicos de la Hepatitis B y C en mujeres embarazadas, adolecen de la atención necesaria y la información disponible acerca de estos dos puntos en particular es escasa. En este aspecto, es menester preguntarnos: ¿Qué sabemos acerca de la Hepatitis B y C en el embarazo? ¿Cuál es la repercusión de la infección por Hepatitis B y C en las mujeres embarazadas? ¿Se puede prevenir la transmisión vertical?

Las Hepatitis B y C agudas son muy poco comunes durante el embarazo y su curso clínico es similar en pacientes gestantes y no gestantes. Los síntomas típicos incluyen anorexia, náuseas, ictericia y dolor en cuadrante superior

derecho de abdomen. Cabe destacar que, en el caso de la Hepatitis B, se debe realizar diagnóstico diferencial entre los cuadros severos de hepatitis aguda y el síndrome de HELLP (Hemólisis, elevación de enzimas hepáticas, trombocitopenia, por sus siglas en inglés) así como con el hígado graso agudo del embarazo<sup>(1)</sup>. Se presenta sin excepción elevación de aminotransferasas, la cual es más acentuada en la Hepatitis B aguda con respecto a los casos agudos de Hepatitis C, que en su mayoría tienen una evolución subclínica. La mortalidad materna durante el embarazo es rara en ambas entidades así como la mortalidad fetal<sup>(1-2)</sup>.

La incidencia de Hepatitis B crónica en las mujeres embarazadas de nuestro medio es comparable a la incidencia mundial, encontrándose entre el 1,3 y 3,8%<sup>(7)</sup> y el embarazo no parece ser causa de progresión de la enfermedad en estas pacientes. La AICP (The Advisory Committee on Immunization Practices) recomienda que en cada embarazo individual se debe investigar precozmente la presencia del antígeno de superficie (HBsAg), sobre todo en aquellas mujeres que presentan alto riesgo de contagio (aquellas que usan drogas endovenosas, que han tenido más de una pareja sexual en los últimos 6 meses, una pareja HBsAg positiva que hayan sido evaluadas o tratadas por alguna enfermedad de transmisión sexual<sup>(4)</sup>). En un estudio realizado en el estado Zulia se reportó entre el año 2007 y 2008 una incidencia del 0,08% del HBsAg (+), sin embargo, para las pacientes positivas para este antígeno en este estudio se desconoce la prevalencia de positividad del antígeno e (HBeAg+) que es predictor importante de contagio fetal por vía transplacentaria y del recién nacido. La literatura disponible reporta tasas de transmisión vertical de 70 -90% en madres con antígeno de superficie positivo y antígeno e positivo y del 10 -25% en aquellas con HBsAg positivo y antígeno e negativo; hecho que se adjudica a la permeabilidad de la placenta al paso del antígeno e, más no del antígeno de superficie<sup>(1-2)</sup>. La transmisión puede ocurrir in útero como al momento del parto, y depende de factores como la positividad del antígeno e, labor de parto prematura, presencia del virus en la placenta (especialmente en las células endoteliales de los capilares placentarios), carga viral, estado inmune de la madre y susceptibilidad del feto<sup>(1)</sup>. La importancia de la transmisión perinatal radica en el hecho demostrado de que los neonatos infectados tienen tendencia a convertirse en portadores crónicos y 25% de estos pacientes mueren prematuramente de cirrosis y carcinoma hepatocelular.

Drogas como Lamivudina, Adefovir, Entecavir, Interferon y Peginterferon alfa son drogas clasificadas por la FDA (Food and Drug Administration)

dentro de la categoría C y recientemente se aprobó la telbivudina dentro de la categoría B; sin embargo, la experiencia en varias publicaciones ha demostrado que el uso de Lamivudina como monoterapia (100mg diarios) en el último mes de gestación reduce los niveles de DNA viral, y por su capacidad de atravesar la barrera placentaria, resulta en una disminución de la tasa de transmisión de una manera significativa y segura, con tasas de defectos congénitos en 2,7%, comparables a las tasas obtenidas en madres no expuestas al medicamento<sup>(5-6)</sup>. La asociación de éste análogo nucleósido de la citosina con el uso intramuscular de la Inmunoglobulina de Hepatitis B y vacuna contra la hepatitis B ha demostrado una reducción del riesgo de transmisión vertical en un 90%.

Las mujeres con Hepatitis C crónica son manejadas de forma expectante, ya que la mayoría de ellas exhiben normalización transitoria de niveles de aminotransferasas en relación a una disminución de la respuesta inmune y por ende de la respuesta inflamatoria. Durante este proceso se puede evidenciar un incremento en la carga viral sérica y esto contribuye a un aumento proporcional del riesgo de transmisión vertical de la infección. Se describe el porcentaje de transmisión de la enfermedad en un rango de 4-7% con una media de 5% en madres con viremia detectable y menor del 2% en madres con RNA para el virus de la Hepatitis C indetectable. Para este virus, los marcadores serológicos en el estado Zulia (anti VHC) fueron reportados como positivos en 0,44% de la población estudiada, haciéndose necesario el conocimiento de la viremia en las pacientes seropositivas dado que la carga de RNA viral se considera el predictor más importante en el proceso de transmisión.

El riesgo se ve incrementado en aquellas madres coinfectadas con VIH, así como en el trabajo de parto en el cual el tiempo transcurrido entre la ruptura de membranas y el nacimiento es muy prolongado<sup>(2,3)</sup>. El despistaje en mujeres embarazadas debe ser realizado en base a la presencia de factores de riesgo para exposición al virus, como el uso de drogas endovenosas y el haber sido receptora de transfusiones. Las terapias disponibles actualmente para la Hepatitis C están contraindicadas en el embarazo; el Interferón por su efecto antiproliferativo, que produce efectos adversos en el crecimiento fetal y la Ribavirina por sus efectos teratogénicos, siendo catalogada dentro de la categoría X para el embarazo por la FDA. La influencia de la cesárea y el parto en los índices de transmisión vertical no ha sido adecuadamente estudiada y la información al respecto es escasa.

Se hace imperativa la toma de medidas de prevención, información y detección de factores de riesgo en mujeres embarazadas, tomando en cuenta el hecho que los hijos de madres Hepatitis B y C positivas serán los futuros portadores crónicos, fuentes de contagio y muy probablemente parte de las estadísticas de mortalidad por las complicaciones de estas infecciones. Vale la pena entonces preguntarse ante lo expuesto anteriormente: ¿Estamos atentos?

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Maya G. Hepatitis B in Pregnancy. *Clin Liver Disease* 2007; 11: 945-963.
- 2.-Cappell M. Hepatic Disorders Mildly to Moderately Affected by Pregnancy: Medical and Obstetric Management. *Med Clin N Am* 2008; 92: 717-737.
- 3.-Moya B, Mc Menamin et al. Obstetric management of hepatitis C- positive mothers: analysis of vertical transmission in 559 mother-infant pairs. *Am J Obstet Gynecol* 2008; 199: 315.e1-315.e5.
- 4.-Centers for Disease Control and prevention. A comprehensive immunization strategy to eliminate transmission of hepatitis B virusinfection in the United States: recommendations of the Advisory committee on Immunization Practices (ACIP) part I: immunization of infants, children, and adolescents. *MMWR Recomm Rep* 2005; 54 (RR-16): 1-31.
- 5.-Kazim SN, Wakil SM, Khan LA, et al. Vertical transmission of hepatitis b virus despite maternal lamivudine therapy. *Lancet* 2002; 359 (9316): 1488-9.
- 6.-Van Zonneveld M, Van Nunen AB, Niesters HG, et al. Lamivudine treatment during pregnancy to preven perinatal transmission of hepatitis B virus infection. *J Viral Hepat* 2003; 10 (4): 294-7
- 7.- Pujol FH, Rodríguez I, Martínez N, Borberg C, Favorov MO, Fields HA, Liprandi F. Viral hepatitis serological markers among pregnant women in Caracas, Venezuela: implication for perinatal transmission of hepatitis B and C. *GEN*. 1994; Jan-Mar;48(1):25-8.