



FEAD
FUNDACIÓN ESPAÑOLA
DEL APARATO DIGESTIVO



HEPATITIS VIRAL Y EMBARAZO

HEPATITIS VIRAL AGUDA

El cuadro clínico de la hepatitis viral aguda durante la gestación se presenta de modo semejante al de una paciente no embarazada, independientemente de cual sea el agente causal y tiene diferentes etapas: periodo de incubación, fase preictérica sintomática (antes de que aparezca la coloración amarillenta de escleras y piel), fase icterica sintomática y fase de convalecencia. Aunque es preciso señalar que en un porcentaje considerable de casos estas infecciones pueden pasar prácticamente desapercibidas.

El diagnóstico de estas infecciones se basa en la clínica (síntomas) y determinaciones analíticas, donde se puede observar importante elevación de las transaminasas (enzimas hepáticas) así como la presencia de anticuerpos específicos contra estos virus y/o antígenos de los propios virus.

VIRUS DE LA HEPATITIS A (VHA) Y GESTACIÓN:

A pesar de ser una de las causas más frecuentes de hepatitis en la población general, es poco frecuente durante la gestación, además no hay evidencias que apoyen la existencia de un mayor riesgo de complicaciones graves, como el daño hepático fulminante.

- **Transmisión vertical (TV):** La transmisión vertical hace referencia a la transmisión de la madre al feto. A pesar de que se ha descrito que el virus es capaz de atravesar la placenta, no se ha demostrado infección clínica en recién nacidos de madres con enfermedad activa, independientemente del trimestre de la infección, la vía del parto o la mantención de la lactancia materna. Por lo tanto podemos decir que no existe transmisión vertical del virus de la hepatitis A.

- **Diagnóstico durante la gestación:** ante la sospecha clínica en la madre, el diagnóstico debe confirmarse con la detección en sangre de inmunoglobulina M (anticuerpos) anti virus de la hepatitis A y transaminasas elevadas.
- **Prevención y tratamiento:** La prevención se basa en medidas higiénicas y una correcta manipulación de los alimentos. En el periodo neonatal es primordial reforzar estas medidas si la madre padece la enfermedad. La lactancia materna no ha demostrado ser una vía de contagio, por lo tanto no está contraindicada. Actualmente existen vacunas que pueden usarse con seguridad en el embarazo, aunque es un tema que debe ser discutido con su médico en caso de riesgo elevado de contagio de esta infección. El tratamiento de hepatitis aguda por virus de la hepatitis A es sintomático y será su médico quien le guíe correctamente.

VIRUS DE LA HEPATITIS B (VHB) Y GESTACIÓN:

La gestación no empeora el pronóstico de la enfermedad, excepto si la gestante padece una enfermedad crónica de base. También hay que señalar que no hay aumento de complicaciones prenatales como muerte intrauterina, aborto o anomalías congénitas, con excepción de un mayor riesgo de parto pretérmino en gestantes con cuadro agudo.

- **Transmisión vertical (TV):** La transmisión vertical es posible tanto en los casos de hepatitis aguda, como crónica. En los casos de hepatitis aguda es más frecuente si la infección es adquirida en el tercer trimestre del embarazo, alcanzando cifras de hasta el 80-90% en comparación con el 10% si la infección es adquirida en el primer trimestre. El periodo de mayor riesgo de transmisión vertical ocurre durante el parto y menor durante el embarazo.
- **Diagnóstico durante la gestación:** ante la sospecha clínica en la madre, y teniendo en cuenta los factores de riesgo (uso de drogas por

vía parenteral, promiscuidad sexual, contacto sexual con portador del VHB...) el diagnóstico de infección aguda se confirma por la presencia de antígeno de superficie del VHB (HBsAg) y anticuerpos tipo inmunoglobulina M contra el virus (IgM antiHBc).

- **Prevención y tratamiento:** La prevención pasa por medidas generales como estrategias destinadas a la prevención de infecciones de transmisión sexual como el uso correcto de preservativos, evitar la promiscuidad, uso de instrumental esterilizado adecuadamente, etc, etc. Las medidas específicas de prevención consiste en el uso de inmunización pasiva y activa del recién nacido, mediante la administración en las primeras 12 horas de vida de inmunoglobulina específica (inmunización pasiva) e iniciar simultáneamente la vacunación (inmunización activa), esta medida realizada en los tiempos adecuados consigue cambiar drásticamente el futuro del recién nacido. El 90% de los pacientes son capaces de eliminar el virus de forma espontánea y no precisan de un tratamiento específico y, sólo de forma muy ocasional será preciso un tratamiento específico antiviral, el mismo que se debe realizar en un centro hospitalario. La vacuna contra el VHB es segura durante la gestación.

VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) Y GESTACIÓN:

No se ha demostrado que la gestación modifique el curso de la infección aguda o crónica o la haga progresar más rápidamente. La infección aguda por VHC durante la gestación es muy infrecuente. La infección por VHC es mucho más frecuentes en gestantes infectadas por el VIH.

- **Transmisión vertical (TV):** La tasa de infección perinatal varía desde el 2% en portadoras sólo del VHC, hasta el 20% en embarazadas coinfectadas por el VHC y el VIH, con un promedio aproximado de 5 – 10%. El periodo de mayor riesgo de transmisión vertical ocurre durante el parto y mucho menos durante el embarazo y es más frecuente

cuando la gestante presenta carga viral alta (cantidad de virus en sangre).

- **Diagnóstico durante la gestación:** ante la sospecha clínica en la madre, y teniendo en cuenta los factores de riesgo el diagnóstico se confirma por la presencia de anticuerpos contra el VHC (anti VHC), aunque estos anticuerpos tardan en aparecer por lo que mucho más preciso y precoz es la determinación de ARN viral en sangre.
- **Prevención y tratamiento:** La prevención pasa por medidas generales destinadas a evitar contraer la infección, porque en el momento actual no existen vacunas contra el VHC ni medidas que hayan demostrado proteger al recién nacido. Actualmente en caso de detectar una infección aguda durante la gestación el tratamiento de la misma se difiere hasta el periodo del puerperio tardío.

VIRUS DE LA HEPATITIS D (VHD) Y GESTACIÓN

La infección por VHD no ha demostrado ser más grave que en pacientes no embarazadas, sin embargo esta infección debe tenerse en cuenta en una mujer embarazada con diagnóstico de VHB aguda o crónica que presenta una reagudización del cuadro clínico.

- **Transmisión vertical (TV):** No se ha descrito la transmisión vertical por lo que los hijos de portadoras del VHD no requieren la realización de exámenes con este fin, a menos que se asocie a VHB. La lactancia materna no está contraindicada. La transmisión materno-fetal del VHD es excepcional y puede evitarse con la inmunoprofilaxis para el VHB en el neonato, recordar que si no hay VHB no es posible que haya VHD
- **Diagnóstico durante la gestación:** ante la sospecha clínica en la madre debe determinarse anticuerpos tipo inmunoglobulina M anti VHD, siempre asociado a determinación de infección por el VHB.

- **Prevención y tratamiento:** No existe un tratamiento específico y dadas las características de esta infección se recomiendan las mismas medidas que para la infección por VHB.

VIRUS DE LA HEPATITIS E (VHE) Y GESTACIÓN

En los países en vías de desarrollo, con alta prevalencia de esta infección, el VHE es la principal causa de hepatitis aguda fulminante en la gestante, siendo este agente el responsable de la mitad de todas las hepatitis agudas virales. Afortunadamente en nuestro medio la realidad es muy diferente. La infección por VHE durante el embarazo se ha relacionado con mal pronóstico obstétrico, existiendo mayor tasa de aborto, muerte fetal y parto prematuro. La tasa de mortalidad por hepatitis fulminante aumenta a medida que progresa la gestación, alcanzando los valores más altos en el tercer trimestre.

- **Transmisión vertical (TV):** Se describe TV en 33 a 50%, aunque no se conocen los mecanismos de esta transmisión. En el recién nacido puede producir una hepatitis aguda que puede conducirlo a la muerte por fallo hepático fulminante. La lactancia materna no está contraindicada, aunque se recomienda extremar las medidas higiénicas.
- **Diagnóstico durante la gestación:** En esta infección siempre es importante considerar el antecedente reciente de viajes a zonas donde esta infección es frecuente o el contacto con aguas contaminadas. Ante una gestante con clínica de hepatitis aguda y negatividad de las pruebas para VHA, VHB y VHC debemos pensar en el VHE. La detección de anticuerpos anti VHE tipo IgG es útil para el diagnóstico, porque los anticuerpos tipo inmunoglobulina M (que se usan para las infecciones agudas) en este caso tiene muy corta duración. También es de utilidad la detección de ARN (partículas virales) del VHE.

- **Prevención y tratamiento:** Actualmente no existen vacunas ni inmunoglobulinas que eviten o aminoren la patología ni sus complicaciones. Las medidas irán encaminadas a la prevención de infecciones con transmisión fecal-oral.

HEPATITIS VIRAL CRÓNICA

Como se ha comentado previamente la incidencia de hepatitis viral aguda durante la gestación es baja, cobrando especial relevancia las hepatitis crónicas y entre ellas las causadas por el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC).

- **Hepatitis crónica por virus de la hepatitis B (VHB):**

A nivel mundial se estima que existen unos 350 millones de portadores crónicos del virus de la hepatitis B (VHB). La infección crónica por VHB es responsable de entre 500000 y 700000 muertes anuales debidas a cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular (cáncer hepático). España se considera una zona de prevalencia intermedia, con aproximadamente un 2% de la población infectada. La prevalencia en mujeres en edad reproductiva ha descendido de forma significativa con la introducción de la vacunación sistemática universal en la década de los 90. Aunque la aparición de población inmigrante procedente de áreas de alta prevalencia ha hecho aumentar la presencia de infección crónica por VHB en nuestro medio.

El riesgo de cronificación de la infección por VHB depende de la edad de infección. Mientras que en adultos es alrededor del 5%, aproximadamente el 90% de casos de infección perinatal desarrollará una infección crónica por VHB.

La mayor parte de casos de infección crónica por VHB son asintomáticos. En ocasiones pueden aparecer síntomas inespecíficos como fatiga o molestias en hipocondrio derecho. En casos evolucionados de alteración de la función hepática o cirrosis, afortunadamente poco frecuente entre la población gestante, puede aparecer ictericia o signos de hepatopatía

crónica (arañas vasculares, eritema palmar, aumento del tamaño del bazo). Existen casos diagnosticados de hepatocarcinoma durante la gestación. Su agresividad puede ser mayor debido al estado hormonal de la gestante.

En caso de reactivación de una hepatitis crónica, las manifestaciones clínicas son similares a una hepatitis aguda, con aumento de las transaminasas (enzimas hepáticas) y aumento de la cantidad de virus en sangre. Ante clínica de reactivación se debe tener en cuenta también la posibilidad de sobreinfección por virus de hepatitis delta (VHD).

La infección crónica por VHB se define como la persistencia de antígeno de superficie (HBsAg) positivo en sangre durante más de 6 meses.

Para la correcta valoración de la actividad y saber en qué fase está la infección se solicita también antígeno e del virus de la hepatitis B (HBeAg) y cuantificación del virus en sangre (carga viral VHB), además de las transaminasas.

A toda gestante se realizará una analítica para conocer su estado en relación con la infección por VHB antes del parto, para poder aplicar las medidas adecuadas de prevención de transmisión vertical. Por lo que, se recomienda la realización de esta analítica idealmente en el primer trimestre.

La transmisión vertical (madre-hijo) del VHB ocurre principalmente en el periparto, por exposición a secreciones genitales y sangre materna. La transmisión intraútero también es posible, aunque con mucha menor frecuencia, sobre todo en caso de procedimientos invasivos (por ejemplo amniocentesis). En los casos de infección crónica por VHB, es necesario conocer la presencia o ausencia de antígeno e del VHB, porque eso influye en la posibilidad de transmisión vertical.

Toda gestante diagnosticada de infección crónica por VHB debe ser remitida a una unidad especializada para manejo específico de estas gestantes. En esa consulta se hará una valoración de la actividad y la fase evolutiva de la infección y se planificará el seguimiento de la gestante. En

función de la actividad, la presencia de complicaciones como cirrosis hepática o con riesgo de reactivación por alguna enfermedad de base, el especialista decidirá si la gestante debe recibir tratamiento específico con medicamentos antivirales.

Actualmente una de las medidas más importantes es la prevención de la transmisión vertical de la infección por VHB, porque la tasa de cronificación en el recién nacido, si no se hace nada, es cercana al 90%-95% y además estas medidas han demostrado ser muy eficaces.

Se debe realizar inmunización pasiva-activa neonatal que consiste en la administración de Inmunoglobulina específica contra VHB (HBIG) antes de las 12 horas de vida e iniciar con la primera dosis de vacunación contra VHB antes de las 12 horas de vida. La vacunación debe completarse con dos dosis más adaptado al calendario de vacunas. Esta medida es eficaz en un 85-95% de los casos.

La infección crónica por VHB no debe modificar la vía prevista del parto. Se recomienda evitar procedimientos invasivos durante el parto.

Siempre que se apliquen correctamente las pautas de inmunización pasiva-activa descritas, la lactancia materna no está contraindicada.

En los primeros meses tras el parto la infección crónica por VHB puede reactivarse por los cambios inmunológicos y hormonales que suceden.

El recién nacido deberá tener sus controles habituales y a los 9 meses habitualmente se realiza una analítica para comprobar la ausencia de transmisión vertical.

La infección crónica por VHB no contraindica el embarazo y en los casos en los que la paciente esté en tratamiento para esta infección, generalmente no se recomienda su suspensión ni por deseo gestacional, ni una vez quede embarazada, lo que si se puede hacer es cambiar, si es necesario, a tratamientos que han demostrado ser seguros durante la gestación. En casos de cirrosis hepática o insuficiencia hepática avanzada, se desaconseja la gestación por los riesgos que conlleva.

- **Hepatitis crónica por virus de la hepatitis C (VHC):**

Aproximadamente 170 millones de personas están infectadas por el VHC. La prevalencia global en el sur de Europa, incluida España oscila entre el 2.5 – 3.5%.

La posibilidad de cronificación del VHC a diferencia de lo que sucede con el VHB puede llegar al 55-85% de los casos. El 20% de las infecciones crónicas por VHC pueden evolucionar a cirrosis, siendo actualmente en Europa la principal causa de cirrosis hepática.

En la inmensa mayoría de los casos la gestante está asintomática y el diagnóstico se hace a raíz del estudio de una elevación de las transaminasas (enzimas hepáticas) detectadas de forma rutinaria. Se realizará una analítica dirigida al diagnóstico de la infección por VHC a todas las gestantes con factores de riesgo: antecedentes de uso de drogas, antecedentes de transfusión sobre todo antes de 1992, infección por VIH, VHB, pareja infectada por el VHC, portadora de tatuajes, etc.

El riesgo de transmisión vertical en las gestantes con infección por VHC es cercano al 2%, sin embargo en las que además presentan infección por VIH esta posibilidad aumenta hasta el 15-20%. La transmisión es principalmente periparto. Se sabe que la posibilidad de transmisión es mayor cuando se detecta virus en la sangre de la madre, cuando existe ruptura prematura de membranas y si se realizan procedimientos invasivos durante el parto, además de la coinfección por VIH que ya se ha mencionado.

Toda gestante diagnosticada de infección crónica por VHC debe ser remitida a una unidad especializada para manejo específico de estas gestantes. En esa consulta se hará una valoración de la actividad y la fase evolutiva de la enfermedad y se planificará el seguimiento de la gestante.

No existe mayor riesgo de complicaciones materno-fetales en las personas infectadas por el VHC. Habitualmente en el 2º y 3º trimestre de la gestación los niveles de transaminasas disminuyen, mientras la carga viral (cantidad

de virus en sangre) aumenta. En el postparto generalmente las transaminasas suben y disminuye la carga viral.

El tratamiento con Interferón Pegilado y Ribavirina está contraindicado durante la gestación. La Ribavirina es un fármaco que produce malformaciones cráneo-faciales, esqueléticas y gastrointestinales, por lo que se recomienda suspender 6 meses antes de la gestación tanto si el tratamiento está recibiendo la madre, como el padre. Los nuevos antivirales, Telaprevir no se recomienda durante la gestación y Boceprevir está contraindicado.

Con los datos que disponemos en la actualidad la vía del parto no debe ser modificada por la infección por VHC. Tampoco en los casos de coinfección con VIH se ha demostrado que una cesárea electiva proteja de la transmisión vertical. Lo que si se recomienda es evitar la ruptura prematura de membranas prolongada. Si el bebe está maduro se recomienda finalizar el embarazo antes de las 6 horas, en caso contrario se realizará un abordaje individualizado.

La lactancia materna no aumenta el riesgo de transmisión perinatal del VHC, aunque se debe evitar las lesiones del pezón que puedan producir sangrado durante las tomas.

La infección crónica por VHC no contraindica el embarazo pero si deben conocer el riesgo de transmisión perinatal y que en la actualidad no se disponen de medidas eficaces para evitar dicho contagio.