

V FORO DE RESIDENTES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

CASO CLÍNICO HÍGADO

MODERADOR: DR. JUAN JOSÉ URQUIJO (CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA)

PONENTES: DR. GALO TREJO (HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO DE VALENCIA)

DRA. ANA POLANCO (HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. PESET VALENCIA)

DRA. PAOLA NÚÑEZ (CONSORCIO HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE VALENCIA)

27 ENERO DE 2017

Caso clínico hígado

Paciente de 61 años controlado en nuestras consultas desde el año **2007** tras ser diagnosticado de hepatitis crónica C, genotipo 1b.



ANTECEDENTES PERSONALES:

- *No hábitos tóxicos.
- *Alérgico a penicilina.
- *No ADVP, tatuajes ni transfusiones.
- *DM tipo II (Metformina).
- *No Intervenciones quirúrgicas.

En **2009** tratamiento con
IFN-PEG 180 mcg 1 amp. sc semanal y
Ribavirina 1200 mg /día durante 48 semanas



Recidiva en 2010

Caso clínico hígado

EXPLORACIÓN FÍSICA:

- COC. BEG. NH. NC.
- T: 178 cm. P: 80 Kg. IMC: 25.24
- No ictericia. No signos cutáneos de hepatopatía crónica.
- Ausc. cardiopulmonar normal.
- Abd: Blando y depresible. No masas ni megalias
- MMII: Sin edemas.

Caso clínico hígado

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:

Analítica:

Hemograma: Hb 16.4 g/dL, leucocitos $6.6 \times 10^9/L$, Pla. $102 \times 10^9/L$.

Hemostasia: INR 1.10, IQ 90%.

Bioquímica: Glucosa 138 mg/dL, Bil T 0.94 mg/dL, GOT 44 U/L, GPT 47 U/L, FA 187 U/L, GGT 68 U/L, Col T 177 mg/dL, Col LDL 96 mg/dL, Tg 85 mg/dL, creatinina 0.88 mg/dL, FG >90, Alb 3.4 g/dL, G.glob 18%.

Genotipo 1b.

CV-VHC: 966000 UI/ml.

IL 28B: TT.

Ecografía hepatobiliar: Hipertrofia LHI y caudado. No LOES. Colelitiasis. Porta de calibre normal.

Esplenomegalia leve de 13.5 cm. No líquido libre.

Fibroscan: 27 Kpa (Fibrosis 4). IQR/med 22%. Tasa de éxito 100%.

Caso clínico hígado

Así pues... tenemos un paciente con:

**CIRROSIS HEPÁTICA VHC. GENOTIPO 1b.
CHILD-PUGH A6.
MELD 7.
RECIDIVANTE A PEG+RBV.**

PRESENTACIÓN DR. GALO TREJO

TRATAMIENTO DEL VIRUS DE LA HEPATITIS C
CON AAD Y RESISTENCIAS

Caso clínico hígado

TRATAMIENTO:

Febrero de 2015 inicia:

Sofosbuvir 400 mg/día
Simeprevir 150 mg/día
Ribavirina 1200 mg/día

durante 12 semanas

Sem. 4: Parámetros de función hepática normales y CV-VHC INDETECTABLE

Sem. 12: Parámetros de función hepática normales y CV-VHC INDETECTABLE

Sem . 12 post: GPT 52 UI/L , CV-VHC 52500 UI/ml.



RECIDIVA.

Caso clínico hígado

RETRATAMIENTO:

-SOF

-NS3 vs NS5A

-24 sem

-RBV

Diciembre de 2015 inicia:

Sofosbuvir 400 mg/día
Ledipasvir 90 mg/día
Ribavirina 1200 mg/día

durante 24 semanas

Sem. 4: Parámetros de función hepática normales y CV-VHC 34 UI/ml.

Sem. 12: Parámetros de función hepática normales y CV-VHC INDETECTABLE

Sem. 24: Parámetros de función hepática normales y CV-VHC INDETECTABLE

Sem . 12 post: GPT 38 UI/L , CV-VHC 149.000 UI/ml.



RECIDIVA.

Caso clínico hígado

Dado el fracaso con dos líneas de tratamiento diferentes, decidimos hacer un estudio de resistencias NS5A: Y93H y L31F.

¿qué hacer?.

---- Esperar nuevos tratamientos

vs

---- Ensayos con regímenes basados en combinaciones de 3 ADD.

Caso clínico hígado

En **junio de 2016** episodio de hematemesis por lo que ingresa en nuestro servicio:

Exploración física:

- Palidez mucocutánea.
- TA 95/55 mmHg. Apirético. FC 102 lpm. Taquipneico.

Analítica:

- Hemograma: Hb 9.8 g/dL, leucocitos $4.2 \times 10^9/L$, Pla. $89 \times 10^9/L$.
- Hemostasia: INR 1.05, IQ 86%.
- Bioquímica: Glucosa 176 mg/dL, Bil T 0.76 mg/dL, GPT 38 U/L, urea 90 mg/dL, creatinina 1.0 mg/dL, FG > 90, Alb 3.4 g/dL, G.glob 18%.

Caso clínico hígado

GASTROSCOPIA:

- Esófago: Se observan escasos restos hemáticos en tercio medio-superior sin lesión subyacente. En tercio esofágico distal se observa un cordón varicoso grado B-C, sin puntos rojos ni sangrado activo. Se procede a ligadura del cordón varicoso, consiguiendo aplanarlo con 3 bandas, sin complicaciones inmediatas.
- Estómago: Escasos restos hemáticos con una mucosa fúndica con patrón de gastropatía de la hipertensión portal sin otras lesiones. No varices fúndicas ni subcardiales. Antro normal.
- Duodeno: Normal hasta segunda porción con restos biliosos.

PRESENTACIÓN DRA. ANA POLANCO

TRATAMIENTO DE LA HEMORRAGIA
DIGESTIVA POR VARICES. PROFILAXIS.

Caso clínico hígado

- ✓ Desde entonces en tratamiento con propranolol 20 mg /12h con buena tolerancia sin nuevos episodios de HDA.
- ✓ Ha seguido controles analíticos y ecográficos semestrales y

Noviembre de 2016:

- Analítica: Hemograma: Hb 14.4 g/dL, leucocitos $5.4 \cdot 10^9/L$, Pla. $99 \cdot 10^9/L$.

Hemostasia: INR 1.2, IQ 85%. Bioquímica: Glucosa 146 mg/dL, Bil T 1.0 mg/dL, GOT 34 U/L, GPT 37 U/L, FA 130 U/L, GGT 77 U/L, Col T 155 mg/dL, Col LDL 78 mg/dL, Tg 107 mg/dL, creatinina 0.6 mg/dL, FG>90, Alb 3.4 g/dL, G.glob 19%, Alfa-fetoproteína 8.6 ng/mL

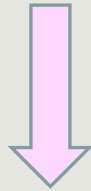
- ECO: Detección de nódulo hepático y RMN compatible con hepatocarcinoma.

PRESENTACIÓN DRA. PAOLA NÚÑEZ

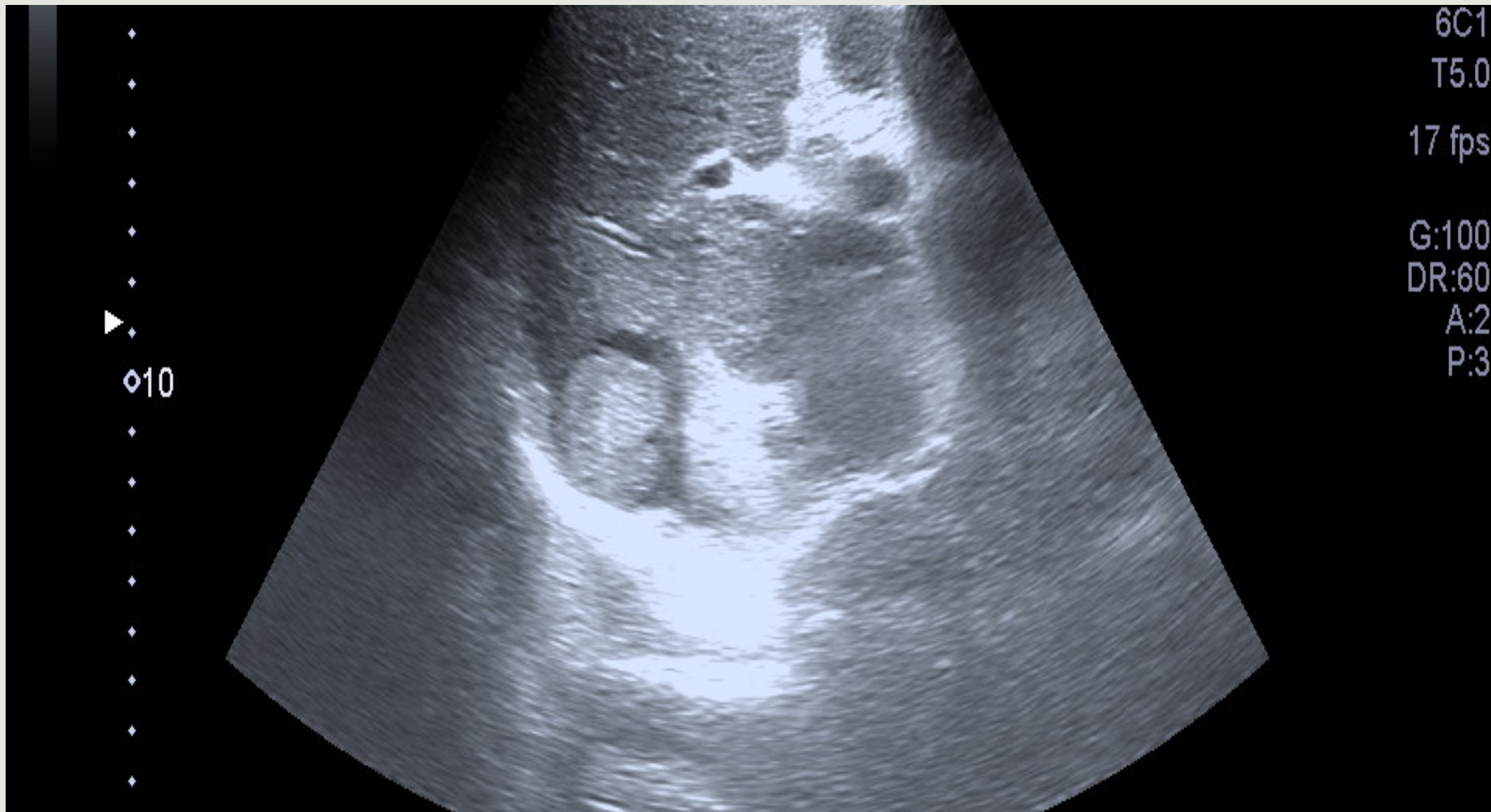
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL
HEPATOCARCINOMA

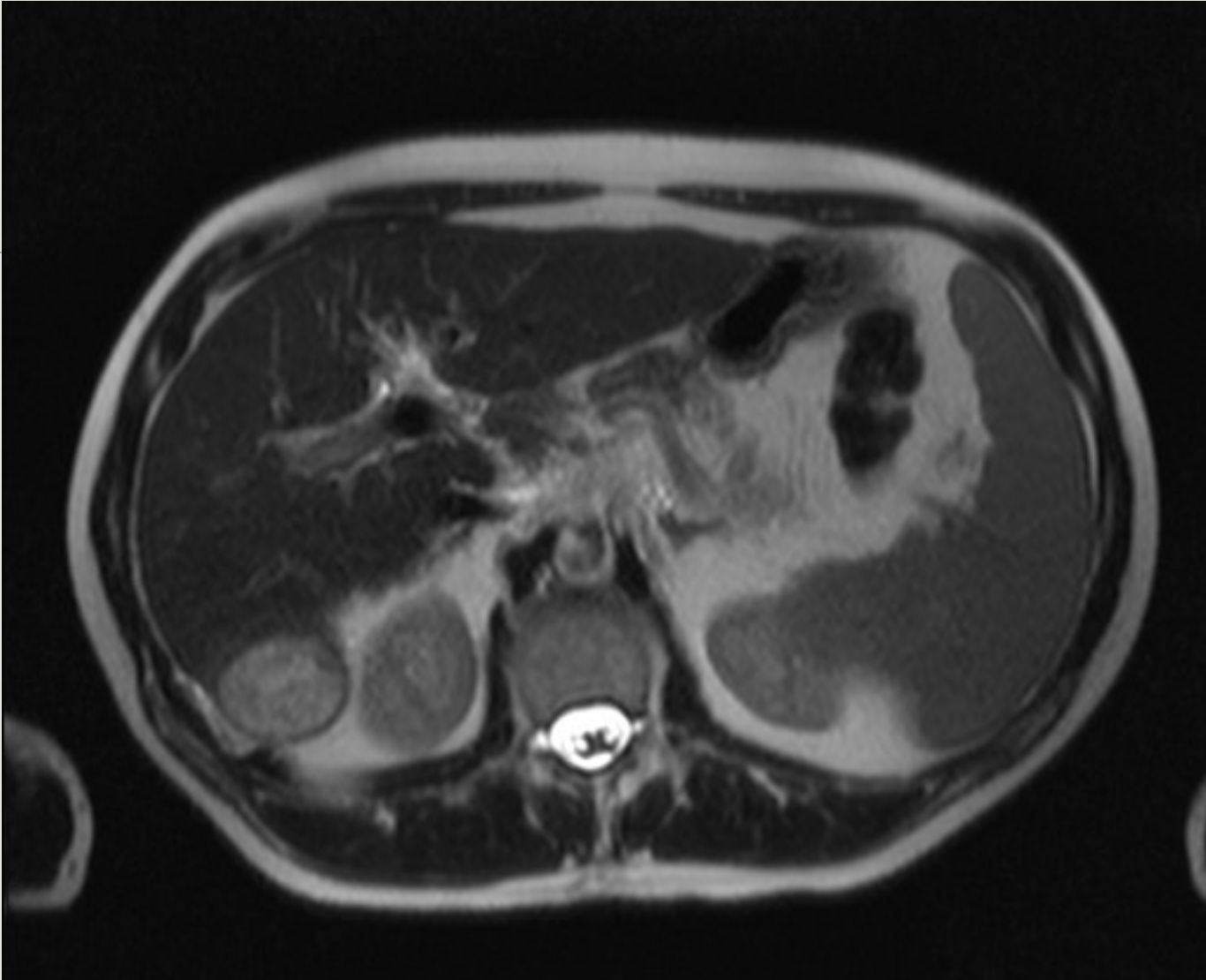
Caso clínico hígado

---- ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR: Hipertrofia del LHI y del caudado como signos de hepatopatía crónica. En segm. VII del LHD nódulo sólido subcapsular de 3.6 cm, más ecogénico que el parénquima circundante sospechoso de hepatocarcinoma.



--- RMN HEPÁTICA DINÁMICA: Lesión focal de 4 cm. en los segm. VI-VII con crecimiento hacia la fosa renal. Heterogénea con restos hemáticos en su interior que capta contraste en fase arterial evidenciando la presencia de cápsula, y presenta lavado en fase portal compatible con hepatocarcinoma.

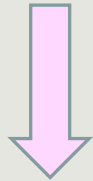




Caso clínico hígado

En resumen se trata de:

Cirrosis hepática VHC con recidiva a los nuevos AAD y con hepatocarcinoma único de 4 cm.



Estadio BCLC A (Inicial) y Child Pugh A6. PS 0.



Se remite a la Unidad de Cirugía de trasplante hepático de La Fe donde ha sido trasplantado el pasado 30 de diciembre de 2016.