

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

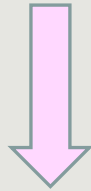
---

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL  
HEPATOCARCINOMA

# Caso clínico hígado

---

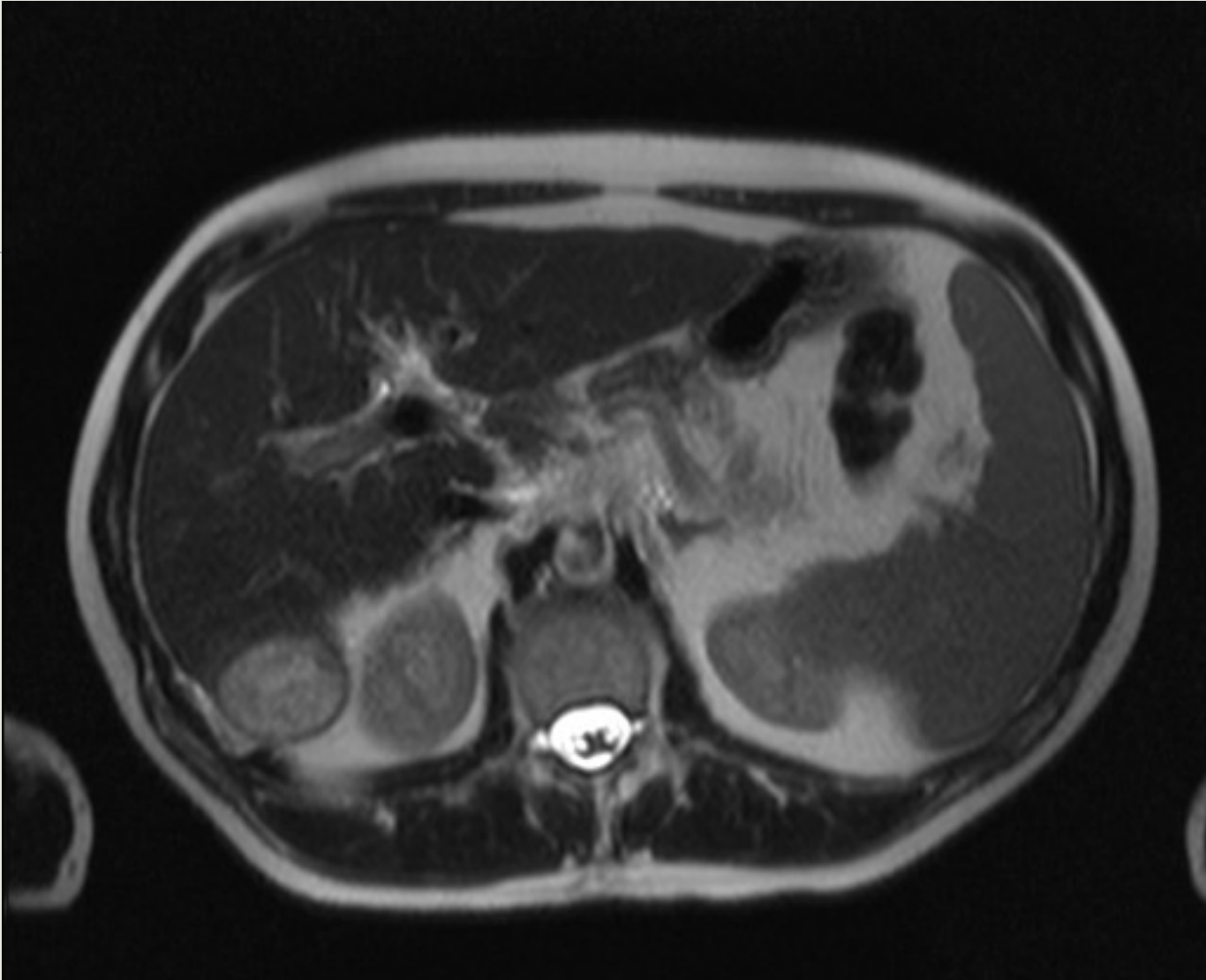
---- ECOGRAFÍA HEPATOBILIAR: Hipertrofia del LHI y del caudado como signos de hepatopatía crónica. En segm. VII del LHD nódulo sólido subcapsular de 3.6 cm, más ecogénico que el parénquima circundante sospechoso de hepatocarcinoma.



--- 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.





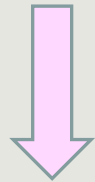


# Caso clínico hígado

---

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.