Hepatitis A: una visión integral

F.B. Quero Espinosa[a] y Á.M. Jiménez Aguilar

Médicos Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria. [a]Médico de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES-061). Servicio Provincial de Córdoba. [b]Médico Adjunto del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario Reina Sofía. Médico Adjunto del Área de Urgencias del Hospital Cruz Roja. Córdoba. España.

La hepatitis A es una enfermedad infecciosa de distribución universal y endémica en países con déficit de higiene y salubridad; habitualmente tiene un curso benigno y, en España, las mejoras sanitarias registradas en las últimas décadas han modificado la incidencia y han hecho que actualmente se encuentre entre los países de baja prevalencia. Pese a esto se siguen produciendo brotes, sobre todo en barrios marginales.

Palabras clave: hepatitis, virus, ictericia.

Hepatitis A is an infectious disease of universal and endemic distribution in countries with hygiene and health deficits. It usually has a benign course. In Spain, the health care improvements recorded in the last decades have modified the incidence and have lead to that fact that this currently has low prevalence among the countries. In spite of this, episodes continue to occur, above all in marginal neighborhoods.

Key words: hepatitis, virus, jaundice.

INTRODUCCIÓN Y EXPOSICIÓN DEL CASO

En los días anteriores habíamos sido advertidos por el Distrito Sanitario de Córdoba de que se habían desencadenado una serie de casos de hepatitis A en un barrio de nuestra comunidad, del cual es vecino el paciente del presente caso.

Se trataba de un varón de 15 años, que acudió a consulta acompañado de su madre, aportando un informe de urgencias del Hospital Reina Sofía, en donde se apreciaba como juicio clínico "hepatitis aguda sin criterios de ingreso".

En la anamnesis el paciente refirió comenzar con cuadro febril 6 días antes de haber acudido al servicio de Urgencias, de hasta 39ºC, con artromialgias generalizadas, náuseas que posteriormente pasaron a vómitos persistentes de tipo bilioso y dolor abdominal que localizaba en hipocondrio derecho, de carácter intermitente y que iba en aumento. No comentó cuadro diarreico ni sintomatología urológica salvo orinas colúricas; sí presentó ictericia que apareció el mismo día que acudió al servicio de Urgencias. El paciente negó la toma de fármacos en días anteriores (salvo amoxicilina/clavulánico y paracetamol, que se administraron sin criterio médico, los dos primeros días al inicio del cuadro), cualquier tipo de droga o alcohol. Tampoco refirió transfusiones previas ni relaciones sexuales, y no tenía antecedentes de viajes en los días anteriores.

En Urgencias se le practicó una analítica completa, en donde destacaba AST 1189; ALT 2360; GGT 132; bilirrubina 7 mg/dl, con 4,42 de fracción directa; y actividad de protrombina del 63%.

En la exploración física se constató un buen estado general, el paciente estaba consciente, orientado, bien hidratado y perfundido, con un ligero tinte ictérico cutáneo-mucoso. Iba bien aseado y vestido adecuadamente, el lenguaje era coherente y estaba afebril, sin adenopatías laterocervicales. En la auscultación cardio-respiratoria se observó un murmullo vesicular conservado, tonos rítmicos sin soplos; abdomen blando, depresible, doloroso a palpación en hipocondrio derecho sin irritación peritoneal y hepatomegalia de dos traveses de dedo ligeramente dolorosa.

DISCUSIÓN

Ante los datos clínicos anteriormente planteados, el diagnóstico más evidente, casi sin duda, era el de hepatitis aguda A. Con respecto al manejo bio-psico-social del caso se plantearon las siguientes cuestiones:

Posible foco de infección

¿Se relacionaba con el paciente el brote que hemos descrito, en cuanto a sus características geográficas?

Sí. El paciente vivía en una comunidad de vecinos en donde se habían registrado la mayoría de los casos. En su colegio no se había registrado ninguno.

Correspondencia: F.B. Quero Espinosa.
Carretera Córdoba-Málaga, km 35,4.
14530 Montemayor. Córdoba. España.
Correo electrónico: borjaqes@hotmail.com

Recibido el 08-04-06; aceptado para su publicación el 20-06-06.

¿Había alguien en su domicilio que padecía la misma dolencia?

No en su domicilio, pero sí en su comunidad de vecinos como hemos dicho con anterioridad. Como veremos más adelante en el estudio de convivientes, su padre fue diagnosticado de hepatitis C hacía 5 años. Pero no había nadie en la misma situación clínica que él.

¿Cuál era la situación higiénico-social del paciente?

Aparentemente, dados los antecedentes de su padre, su situación laboral (desempleado) y la zona donde habitaban, podría encuadrarse al paciente como de clase social baja. Su madre trabajaba como camarera, y era la única que aportaba ingresos a la familia. Su vestimenta y situación higiénica eran correctas.

Ingreso hospitalario

El paciente fue dado de alta, pese a presentar cifras bastante elevadas de transaminasas, y aunque la historia de Urgencias no reflejaba datos de gravedad, su madre insistió mucho en el cuadro emético persistente, aunque mejoró con los antieméticos prescritos.

¿Por qué el paciente no fue ingresado?

Mejor preguntarse por los criterios de ingreso de una hepatitis aguda. Lo principal, como en toda emergencia, son los signos universales de compromiso vital (taquicardia, taquipnea, hipotensión, fallo renal...), los cuales parece que no presentaba el paciente. Los criterios específicos que contemplan la mayoría de las guías que he manejado son clínicos: vómitos persistentes, ascitis y deterioro de estado de consciencia, y analíticos: actividad de protrombina < 50% (el paciente presentaba 63%), bilirrubina total > 20 mg/dl y elevación marcada de enzimas de colestasis. Hay otro parámetro analítico que se contempla en alguna guía clínica, pero no está disponible en la bioquímica de la mayoría de los servicios de Urgencias: albúmina < 2,5 mg/dl.

¿Por qué no se le hizo una ecografía abdominal?

Las indicaciones de ecografía hepática/biliar urgente son las siguientes: sospecha de colecistitis aguda, colangitis o coledocolitiasis. Como veremos posteriormente hay una forma clínica litiásica de hepatitis A (presentación atípica). Pero estaba claro en este caso que la elevación enzimática era por citólisis (no se modificaron las cifras de enzimas de colestasis), por lo que no se indicó realización de ecografía abdominal urgente.

¿Cuál es el riesgo de mortalidad?

Según los *Centers for Disease Control and Prevention (Viral Hepatitis Surveillance Program, 1983-1989),* la mortalidad según el grupo de edad del paciente en cuestión (15-29 años) es de aproximadamente el 1,6 por 1.000 (suponiendo que se tratara de una hepatitis A).

Diagnóstico

Se trata sin duda de hepatitis aguda; por las características clínicas, edad del sujeto y los antecedentes epidemiológicos anteriormente citados de muy probable origen viral y en concreto por virus A.

¿Qué otras posibilidades diagnósticas tenemos?

Diagnóstico diferencial de hepatitis agudas:

1. Hepatitis víricas: A, B, C, D E, citomegalovirus (CMV), virus de Epstein-Barr (VEB), herpes, virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
2. Hepatitis tóxicas y alcohólicas.
3. Síndrome de Bud-Chiari (trombosis de las venas suprahepáticas).
4. Hepatitis autoinmune y enfermedad de Wilson, a veces se presentan de forma aguda.
5. Hepatitis aguda fulminante. A (< 1%); B (< 1%); C (muy rara); D (2-7,5%); E (< 1%, 30% en embarazadas) y tóxica. La más frecuente en nuestro medio es la B (70% de los casos) seguida de la tóxica (30%).

¿Podría tratarse de una hepatitis C aguda transmitida por su padre?

La hepatitis C se manifiesta de forma aguda en el 5% de los casos, además el paciente no refirió conductas de riesgo para su transmisión.

Tratamiento

¿Cómo se trata una hepatitis A?

El tratamiento es fundamentalmente de apoyo. No existen restricciones dietéticas, salvo la toma de alcohol y fármacos hepatotóxicos. Deben evitarse los sedantes y antieméticos que puedan provocar alteraciones en el nivel de conciencia y dificultar el diagnóstico de hepatitis fulminante. Si es necesario se recomienda la ortopramida, y el analgésico de elección es el paracetamol. El tratamiento con corticoides no aporta claros beneficios.

Seguimiento y evolución

Se solicitó una analítica de control. El resultado fue el siguiente: actividad de protrombina 83,2%; AST 310; ALT 1053; GGT 95; fosfatasa alcalina (FA) 305; bilirrubina total 3,7, directa 2,1; serología vírica, HBsAg negativo; Anti HBs 140; anti HBa IgM positivo; anti HCV negativo.

¿Cuál es la epidemiología e historia natural de la hepatitis A?

La hepatitis A tiene un período de incubación de unos 30 días y tiene una transmisión feco-oral; la mayor concentración de virus se alcanza en las heces, sobre todo al final del período de incubación (en donde es muy típica la aparición de diarrea) y en el período preictérico, desapareciendo rápidamente con el inicio de la ictericia. La infección oscila entre asintomática, la más frecuente y sobre todo a menor edad, y la hepatitis fulminante, que como hemos mencionado ya aparece en menos del 1% de los casos. Hay un período prodrómico con síntomas inespecíficos que suele durar aproximadamente una semana; después aparece coluria, ictericia y elevación de transaminasas. La ictericia se da en menos del 30% de los niños y en la mayoría de los adultos. Suele durar unas 2-4 semanas. La resolución tanto clínica como analítica se produce en-

tre 2-6 meses. Hay dos formas atípicas: hepatitis colestásica (5% de los casos) y hepatitis recidivante (6-10% de los casos). Como hemos dicho antes, el riesgo de hepatitis fulminante es menor del 1% y la mortalidad para el grupo de edad en cuestión es del 1,6 por 1.000. La hepatitis A nunca evoluciona a la cronicidad y deja inmunidad permanente.

¿Cuánto tiempo tardan en normalizarse los valores enzimáticos?

Lo habitual es que la ALT (que es la principal enzima en elevarse) tenga su pico máximo al mes y medio (contando con el período de incubación) y suele volver a la normalidad sobre los 2,5-3 meses.

¿Cuándo proceden los controles?

Se recomiendan controles que incluyan ALT, AST, GGT, hemograma, bilirrubina, glucemia y coagulación a los 15-30 días y a los 2, 3, 6 y 12 meses.

Estudio de convivientes. Estudio social

Profilaxis de convivientes: ¿vacunación (activa), inmunoglobulina (pasiva) o ambas?

En España hay dos vacunas comercializadas, Havrix® y Vaqta®; se recomienda la administración como pre-exposición en viajeros a países de endemia intermedia-alta, personal militar y sanitario, manipuladores de alimentos, adictos a drogas por vía parenteral (ADVP), pacientes con infección por el VIH, y pacientes con enfermedades hepáticas crónicas. También se contempla su uso como post-exposición, aunque no aparece esta posibilidad en algunas guías americanas. Está incluida en el calendario vacunal de Ceuta y Melilla.

Por otra parte, también disponemos de inmunoglobulina sérica inespecífica, que de igual modo puede utilizarse tanto en pre-exposición, en viajeros a zonas de alta endemia, como en postexposición, que es su principal indicación. Se debe administrar en dosis de 0,02 ml/kg, antes de que transcurran 2 semanas desde el posible contacto, y se recomienda en contactos íntimos del paciente.

En resumen, tenemos dos armas profilácticas que ante la falta de consenso que muestran algunas guías deben ser utilizadas simultáneamente, aunque en algún estudio consultado el uso exclusivo de la vacuna demostró ser útil para el control de los brotes.

¿A quiénes?

Además del paciente en cuestión, cuya ocupación era la de estudiante, en el domicilio habitaban su madre, ya citada, de 35 años, que había sido diagnosticada de trastorno adaptativo unos días antes a raíz de problemas en su trabajo, por ello con proceso de incapacidad laboral temporal; sin antecedentes de interés y fumadora de 20 cigarrillos al día; su padre de 40 años, con antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral, cuya práctica necesitó deshabituación con metadona, fumador de 30 cigarrillos al día, diagnosticado de infección por el virus de la hepatitis C crónica en el año 2001 y que en la actualidad se encontraba en paro laboral; un hermano de 10 años, con antecedentes de asma bronquial y una hermana de 6 años sin antecedentes de interés.

Analizando estos datos detenidamente, podemos decir que se trata de una familia con riesgo social importante, teniendo en cuenta los antecedentes del cabeza de familia; la situación de la madre, que resultaba muy angustiosa, ya que se sentía bastante presionada en el trabajo (camarera) y en el domicilio (su marido no aportaba ingresos económicos y tampoco ayudaba con sus labores domésticas); y las características geográficas del domicilio (barrio marginal).

Visión personal de la enfermedad

La verdad es que el paciente se mostró bastante tranquilo durante todas las visitas, con una actitud expectante, y sin apenas alterarse ante situaciones complicadas como el llanto y la preocupación de su madre. Siempre acudió acompañado por ella. En la primera visita me llamaron la atención unas palabras: "lo que me preocupa es que sea la C" (conocedor de la enfermedad de su padre y de las consecuencias de la misma). Tan sólo le advertí un poco preocupado cuando quiso saber si podría transmitir la enfermedad a sus padres, hermanos y compañeros de clase; se sentía con ganas de volver al colegio, pero también mostraba temor por la posibilidad de contagio a los demás. Le expliqué que una vez desaparecida la ictericia el riesgo era bajo, y que la vuelta al colegio se haría dependiendo de su estado general, y no de la posibilidad de transmitir la enfermedad.

Visión familiar de la enfermedad

No tuve la oportunidad de conocer a los hermanos ni a su padre, aunque me consta que acudieron a recibir la dosis de vacuna e inmunoglobulina. Sin duda llamaba la atención la situación de su madre. Arrastraba de días anteriores un trastorno adaptativo con síntomas somáticos importantes (temblores, insomnio, llanto...) por problemas laborales, según comentaba ella, sobre-explotada por sus superiores, aunque con contrato y sueldo fijos, sin poder enfrentarse a ellos por temor al despido y por la necesidad de los ingresos, ya que su marido se encontraba desempleado. Fue derivada al equipo de salud mental de zona, se le abrió un proceso de incapacidad laboral temporal y se solicitó su valoración por la trabajadora social del centro de salud.

Declaración epidemiológica de la enfermedad

Se realizó en informe correspondiente al Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía (SVEA).

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Arranz Izquierdo J, Cots Yago J, Gómez García M, Monedero Mira MJ. Manual de enfermedades infecciosas en atención primaria. 2nd ed. Madrid: Diapasón; 2005.

Barajas MA, Espejo M, Baza JM. Hepatitis viral aguda. Formación Médica Continuada. 2002;9:159-67.

Bayas JM, Vilella A. Hepatitis víricas. Aten Primaria. 2002;30:514-20.

Berenguer J, Berenguer M, Ponce J, Prieto M, Sala T.. Gastroenterología y Hepatología. 3.ª ed. Madrid: Elsevier; 2002.

Bruguera M, Buti M, Diago M, et al. Indicaciones y prescripción de la vacuna de la hepatitis A en España. Informe de la AEEH. Clínica. 1998;9:40-50.

Cohen JI, Feinstone S, Purcell RH. Hepatitis A virus infection in a chimpanzee: duration of viremia and detection of virus in saliva and throat swabs. J Infect Dis. 1989;160:887-90.

García Monzón C. Hepatitis víricas. Medicine. 2000;13:665-8.

García-Samaniego J, Soriano V. Biología de los virus de las hepatitis. Medicine. 2000;8(13):669-75.

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de urgencias y emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 3.ª ed. Madrid: Elsevier; 2004.

Piédrola Gil, et al. Medicina Preventiva y Salud Pública. 10.ª ed. Masson; 2001.