

# CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEPATITIS VIRAL A EN EL HOSPITAL NACIONAL ARZOBISPO LOAYZA

Carla Bustíos Sánchez\*

## RESUMEN:

La hepatitis viral A, es una de las enfermedades infecciosas más frecuentes en el mundo y constituye aún un problema de salud pública en el Perú

**OBJETIVOS:** Determinar las características epidemiológicas y clínicas de la hepatitis viral A en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza entre enero de 1993 y diciembre de 1998.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** se revisó las historias clínicas de los pacientes hospitalizados en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en las fechas referidas y confirmados por exámenes serológicos (Anti VHA IgM).

**RESULTADOS:** De los 70 casos que ingresaron al estudio, el 65,71% fue de sexo femenino y el 34,29% sexo masculino. La edad promedio fue de 19,50 años (r: 2- 47 años). El promedio del tiempo de enfermedad a la hospitalización fue de 12,32 días (r: 2- 50 días). El motivo principal de hospitalización fue Ictericia en 41 pacientes (58,57%), náuseas y vómitos en 20 pacientes (28,57%) y fiebre en 09 pacientes (12,86%). Los síntomas predominantes fueron : fiebre en 56 pacientes (80,0%), ictericia en 53 pacientes (75,71%), náuseas y vómitos en 38 pacientes (54,28%), astenia en 29 pacientes (41,43%), dolor abdominal en 25 pacientes (35,71%), hiporexia en 22 pacientes (31,43%), cefalea en 19 pacientes (27,14%), coluria en 19 pacientes (27,14%), diarrea en 04 pacientes (5,71%), prurito (1,43%) y dolor articular en 01 paciente (1,43%). El primer síntoma que apareció fue : fiebre en 20 pacientes (28,57%), dolor abdominal en 16 (22,86%), astenia en 13 (18,57%), náuseas y vómitos en 07 (10%) y otros síntomas en 14 pacientes (20%). Al examen físico se encontró hepatomegalia en 57,14 % pacientes, esplenomegalia en 4,28% pacientes y linfadenopatías cervicales en el 2,8%. El 100% de los pacientes tuvo elevación de aminotransferasas, siendo a predominio de ALT (74,28%). Se encontró aumento de las globulinas en relación a albúminas en el 10% de los pacientes. El 100% tuvo hiperbilirrubinemia a predominio directo (rango de Bil. Total: 1,7- 22,5 mg/dl). La fosfatasa alcalina sérica estuvo incrementada en 47,14% de pacientes y 5 de ellos, correspondieron a los casos con hepatitis colestásica. El hemograma presentó leucopenia en 17,14%. Hubo 01 caso de falla hepática aguda (1,43%), 05 de hepatitis colestásica (7,14%) y 01 caso de hepatitis recurrente. El tiempo promedio de hospitalización fue de 10 días (r: 02- 45 días). El mayor tiempo hospitalario fueron de las formas colestásicas (26,4 días). Una paciente falleció a causa de insuficiencia hepática aguda por VHA.

**CONCLUSIONES:** La infección aguda por VHA es una patología aún frecuente en nuestro medio que se suele presentar en grupos etáreos jóvenes, con sintomatología

clínica general, muchas veces inespecífica y generalmente de evolución benigna, sin embargo también puede evolucionar hacia formas atípicas como la hepatitis recurrente, colestásica y la insuficiencia hepática, está última con resultados fatales.

## INTRODUCCIÓN

La hepatitis viral aguda constituye una de las enfermedades infecciosas más comunes, siendo la causada por el virus de la hepatitis A (VHA), la forma más frecuente en casi todo el mundo <sup>1</sup>.

La hepatitis A es clínicamente indistinguible de otras formas de hepatitis viral; el diagnóstico de la infección está basado en la determinación de anticuerpos contra el VHA (anti-VHA) en suero y el diagnóstico de hepatitis aguda requiere la demostración de anti-VHA Ig M. La principal ruta de transmisión es fecal-oral a través del contacto interpersonal y el grupo etáreo más afectado es el de menores de 5 años. La diseminación guarda relación con hacinamiento, falta de higiene, y malas condiciones sanitarias, encontrándose en países en vías de desarrollo como Africa, Asia y América Latina, niveles de seroprevalencia del 70 al 100%, mientras que en Estados Unidos, el Oeste de Europa y en algunos países del Mediterráneo la prevalencia ha disminuido durante las últimas décadas, llegando a cifras menores al 10% de la población <sup>2,3</sup>.

La hepatitis viral A, por lo general tiene un curso clínico leve, sobre todo en niños en los que con frecuencia es subclínica o puede simular una gastroenteritis. La enfermedad es más grave y prolongada en los adultos. La evolución a insuficiencia hepática se presenta en forma poco frecuente en sólo 0.3%, la evolución a hepatitis coléstatica y recurrente se observan en aproximadamente 20 a 30% de hepatitis aguda, en pocas ocasiones la recurrencia se suele asociar a artritis, vasculitis y crioglobulinemia <sup>4</sup>.

En el Perú, al igual que en otros países de Latinoamérica, la hepatitis viral es considerada un problema de salud pública, por su alta endemicidad debido a la coexistencia de múltiples factores de índole económico, social y educacional. Sin embargo se ha encontrado una significativa disminución de la prevalencia de la hepatitis viral A en los últimos 15 años en niños y adolescentes, específicamente en la población de Lima, tal como lo describe en un estudio Vildozola y col. <sup>5</sup>.

Considerando que la hepatitis viral A es una patología frecuente en nuestro medio y en un afán de aproximarnos a la realidad que ésta plantea en el hospital Nacional Arzobispo Loayza, es que se realizó el presente estudio cuyos objetivos fueron determinar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes con diagnóstico de Hepatitis Viral A en el Hospital Nacional «Arzobispo Loayza» entre los meses de enero de 1993 y diciembre de 1998.

\* Unidad de Hígado. Departamento del Aparato Digestivo. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins-ESSALUD

**MATERIALES Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en base a la revisión de las historias clínicas de 131 pacientes que fueron hospitalizados en el Hospital Nacional «Arzobispo Loayza» entre el 1ro. de enero de 1993 y 31 de diciembre de 1998, y cuyo diagnóstico al egreso fue de Hepatitis viral A.

La población de estudio estuvo constituida por el total de pacientes que presentaron diagnóstico de hepatitis viral aguda tipo A, que fueron hospitalizados en el período de tiempo ya mencionado.

Se recolectaron los datos en una ficha clínica previamente elaborada, donde se consignaron los datos de filiación, tiempo de enfermedad, síntomas principales, hallazgos en el examen físico, datos de laboratorio (hemograma, proteínas totales, albúmina, globulinas, bilirrubinas totales, bilirrubinas directa e indirecta, fosfatasa alcalina), motivo de hospitalización, tiempo de hospitalización y evolución (hepatitis aguda típica, colestásica, recurrente e insuficiencia hepática).

Los criterios de inclusión fueron:

- 1) Diagnóstico serológico de hepatitis A aguda con anti-VHA. IgM

Los criterios de exclusión fueron:

- 1) Ausencia de confirmación serológica con anti-VHA IgM.
- 2) Paciente con hepatopatía crónica previa.

La hepatitis aguda por VHA puede evolucionar con manifestaciones clínicas típicas pero también, en forma menos frecuente, a hepatitis recurrente, colestásica o insuficiencia hepática de acuerdo con las siguientes definiciones <sup>6</sup>:

- Hepatitis recurrente: 2 ó más episodios de cuadro clínico y bioquímico de hepatitis aguda por VHA en un período de 10 semanas, separados por un episodio libre de síntomas.
- Hepatitis colestásica: ictericia prolongada (mayor a 1 mes) con aumento de fosfatasa alcalina y prurito.
- Insuficiencia hepática: desarrollo de signos de disfunción hepatocelular asociado a alteración del tiempo de protombina y presencia de encefalopatía hepática.

Los resultados se presentan mediante frecuencias y porcentajes, en tablas y gráficos.

**RESULTADOS**

Se revisaron un total de 131 historias clínicas que reportaban un diagnóstico de egreso de hepatitis viral aguda tipo A, del total, sólo 70 pacientes (53,43%) tenían confirmación serológica con anti-VHA. IgM

De los 70 casos que ingresaron al estudio, 46 fueron de sexo femenino y 24 de sexo masculino, con porcentajes de 65,71 % y 34,29% respectivamente. (Gráfico N° 01). La edad promedio del grupo fue de 19,50 años, con rangos de 2 a 47 años, el 75,71% fue menor de 30 años.

En relación al tiempo de enfermedad, el promedio al momento de la hospitalización fue de 12,32 días variando desde 2 días hasta 50 días.

El motivo principal de hospitalización fue Ictericia en 41 pacientes (58,57%), náuseas y vómitos en 20 pacientes (28,57%) y fiebre en 09 pacientes (12,86%). (Gráfico N° 02).

Respecto a la características clínicas, los síntomas predominantes fueron: fiebre en 56 pacientes (80,0%), ictericia en 53 pacientes (75,71%), náuseas y vómitos en 38 pacientes (54,28%), astenia en 29 pacientes (41,43%), dolor abdominal en 25 pacientes (35,71%), hiporexia en 22 pacientes (31,43%), cefalea en 19 pacientes (27,14%), coluria en 19 pacientes (27,14%), diarrea en 04 pacientes (5,71%), prurito (1,43%) y dolor articular en 01 paciente (1,43%). (Ver Tabla N° 01).

El primer síntoma que apareció fue : fiebre en 20 pacientes (28,57%), dolor abdominal en 16 (22,86%), astenia en 13 (18,57%), náuseas y vómitos en 07 (10%) y otros síntomas en 14 pacientes (20%).

Al examen físico se encontró hepatomegalia en 40 pacientes (57,14%), esplenomegalia en 03 pacientes (4,28%) y linfadenopatías cervicales en 02 pacientes (2,86%).

Los resultados de los exámenes de laboratorio se resumen en la Tabla N° 02.

El 100% de los pacientes tuvo elevación de aminotransferasas, siendo a predominio de ALT (alanino transferasa) en 52 pacientes (74,28%). De los 70 pacientes sólo 23 (32,85%) tuvieron exámenes de proteínas totales,

**TABLA N° 01**  
**Hepatitis Viral A en el H.N.A.L. ( 1993 - 1998 )**  
**MANIFESTACIONES CLÍNICAS**

SÍNTOMAS	FRECUENCIA	%
• FIEBRE	56	80,00
• ICTERICIA	53	75,71
• NAUSEAS Y VOMITOS	38	54,28
• ASTENIA	29	41,43
• DOLOR ABDOMINAL	25	35,71
• HIPOREXIA	22	31,43
• CEFALEA	19	27,14
• COLURIA	19	27,14
• DIARREA	04	05,71
• ARTRALGIAS	01	01,43
• PRURITO	01	01,43

**TABLA N° 02**  
**Hepatitis Viral A en el H.N.A.L. ( 1993 - 1998 )**  
**EXAMENES DE LABORATORIO**

EXAMENES DE LABORATORIO	PROMEDIO	RANGO
TRANSAMINASAS (U/L)		
TGP	448	120- 1980
TGO	360	106- 1650
PROTEINAS SER (g/dl)		
Albumina	4,4	2,7- 4,9
Globulina	3,2	2,3- 4,7
BILIRRUBINA SER (mg/dl)		
Total	9,8	1,7- 22,5
Directa	7,2	
FOSFATASA ALCALINA (U/L)	223	39-117
HEMOGRAMA		
Leucocitos	4,320	2,950- 7,400 /uL

albúmina y globulinas, encontrándose aumento del valor de las globulinas en relación a las albúminas en 07 de estos pacientes (10,0%). Cincuenta pacientes tuvieron exámenes de bilirrubinas de los cuales el 100% tuvo hiperbilirrubinemia a predominio directo, variando los valores de bilirrubinas totales desde 1,7 mg/dl hasta 22,5 mg/dl. Cincuenta y un pacientes tuvieron exámenes de fosfatasa alcalina sérica, hallándose valores aumentados en 33 pacientes (47,14%), en 5 de los cuales, los valores eran mayores a 2 veces el valor normal, que correspondían a los casos con hepatitis colestásica. El hemograma presentó leucopenia en 12 pacientes (17,14%).

Hubo 01 caso de insuficiencia hepática aguda (1,43%), 05 de hepatitis colestásica (7,14%) y 01 caso de hepatitis recurrente (Grafico N°3.).

El tiempo promedio de hospitalización fue de 10 días variando de 02 días a 45 días. Los pacientes con mayor tiempo hospitalario fueron los pacientes con formas colestásicas ( 26,4 días). Una paciente de 28 años que estuvo hospitalizada 08 días en 1994, falleció a causa de insuficiencia hepática aguda por VHA.

## DISCUSIÓN

El Perú así como América Latina han sido consideradas áreas de alta endemicidad para la infección de la hepatitis viral A, donde la mayoría de la población adquiere la infección durante la infancia. Un estudio seroepidemiológico recientemente hecho en seis países (Argentina, Brasil, Chile, República Dominicana, México y Venezuela), mostró que en el análisis de los diferentes grupos de edad, entre los 6 a 10 años, solo el 30% de niños en Chile y 54 a 55% en Brasil, Venezuela y Argentina ya habían sido infectados por el VHA<sup>6</sup>. En el Perú en un estudio realizado por Vildozola y col. se encontró que en una población de niños de 1 a 14 años dividido en dos grupos acorde al estatus socioeconómico: alto y bajo tuvieron una prevalencia de AntiVHA IgG de 46.3% y de 55.2% respectivamente<sup>5</sup>. En ambos estudios se demuestra un cambio en el patrón epidemiológico de esta infección debido probablemente a la mejora de las condiciones de higiene y salubridad de esta parte del continente.

La infección por el VHA se caracteriza por presentarse en grupos etáreos jóvenes, tal como se describe en el

presente estudio, donde la edad media fue de 19,5 años. El gran porcentaje de pacientes eran de sexo femenino debido a que Hospital Nacional Arzobispo Loayza se caracteriza por tener salas de hospitalización en su mayoría sólo para mujeres.

La hepatitis A se diferencia de las otras formas de hepatitis viral por pruebas serológicas. El diagnóstico serológico depende del hallazgo del Anti VHA IgM durante la fase aguda de la enfermedad. Este anticuerpo persiste por 3 a 6 meses y se encuentra también después de la vacunación. Pacientes con hepatitis A asintomática pueden tener anti-VHA IgM por un periodo más corto que pacientes con enfermedad sintomática<sup>7</sup>. En el grupo de pacientes que salieron de alta del hospital con el diagnóstico de egreso de hepatitis por VHA, el diagnóstico en la mayoría se basó en la sospecha clínica y algunos exámenes de laboratorio, ya que únicamente el 50% tuvo confirmación serológica con anti-VHA IgM.

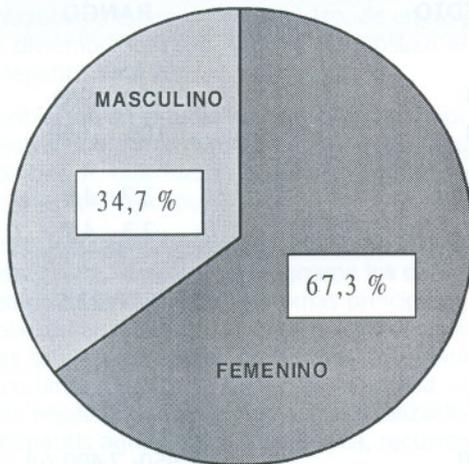
La hepatitis A puede iniciarse con síntomas inespecíficos constitucionales y gastrointestinales o también similares a los del resfrío como faringitis, tos, coriza, fotofobia y cefalea que pueden estar presentes en niños con infección asintomática<sup>4,8,9</sup>. En este trabajo se encontró que los síntomas principales correspondieron a sintomatología general y gastrointestinal como fiebre, náuseas y vómitos, astenia, dolor abdominal, hiporexia, cefalea, diarrea y dolor articular que pueden semejar a cualquier otro cuadro infeccioso generalizado, además de. Ictericia y coluria en casi el 80 % de pacientes.

En el examen físico se puede encontrar discreto agrandamiento del hígado y aumento del bazo así como linfadenopatías cervicales posteriores<sup>9</sup>, en este trabajo los pacientes presentaron algunos de estos signos en casi el 50% de casos.

En los exámenes de laboratorio el hallazgo más importante es la elevación de las concentraciones de las aminotransferasas, las que pueden alcanzar un máximo de 500 a 5000 U/l. En los pacientes que desarrollan ictericia las concentraciones séricas de bilirrubinas son raramente mayores a 10 mg/dl, excepto en insuficiencia hepática aguda y hepatitis colestásica<sup>1,8</sup>. En este estudio el 100% tuvo incremento de aminotransferasas con un promedio mayor de 10 veces el valor normal, así como grados variables de

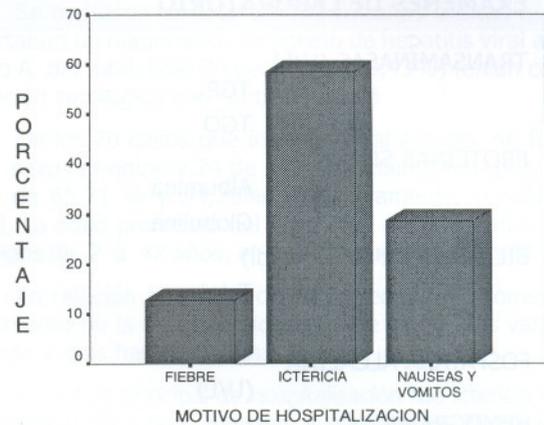
**GRAFICO N° 1**

**Hepatitis Viral A en el H.N.A.L. ( 1993 - 1998 )  
DISTRIBUCIÓN SEGÚN SEXO**



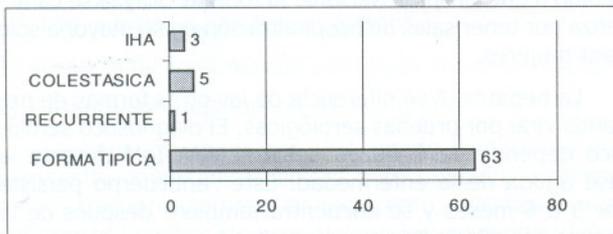
**GRAFICO N°2**

**Hepatitis Viral A en el H.N.A.L. ( 1993 - 1998 )  
MOTIVO DE HOSPITALIZACIÓN**



**GRAFICO N°3**

**Hepatitis Viral A en el H.N.A.L. ( 1993 - 1998 )**



IHA: insuficiencia hepática aguda

leucopenia, elevación de bilirrubina y de fosfatasa alcalina. Todos los hallazgos clínicos y bioquímicos descritos son similares a los reportados por la literatura

La hepatitis sintomática puede presentarse con las manifestaciones más conocidas de la enfermedad aguda pero también puede evolucionar a otras tres formas atípicas como son la hepatitis recurrente que cuenta con 4 a 20% de los pacientes sintomáticos, clínicamente estos pacientes son reconocidos por 2 o más episodios de hepatitis sobre un periodo de 6 a 10 semanas, con intervalos libres de síntomas, tal como observamos en uno de los pacientes del presente trabajo. La hepatitis colestásica, encontrada en 5 casos (7,1%) de este estudio, se caracteriza por ocurrir en 10% de los pacientes con hepatitis aguda por VHA con fiebre, marcado prurito e ictericia prolongada. Durante este periodo las aminotransferasas y fosfatasa alcalina caen gradualmente a la normalidad pero la bilirrubina permanece alta por varias semanas a meses, cabe señalar que este tipo de pacientes suelen tener mayor tiempo de hospitalización. La presentación clínica más grave la constituye la insuficiencia hepática aguda con 0,35 a 0,5%, es la forma más severa de la infección sintomática y se caracteriza por ictericia, encefalopatía y prolongación del tiempo de protombina, usualmente en la primera semana (55% de casos) y casi siempre en el primer mes (90% de casos) seguido al inicio de la enfermedad. Los pacientes de mayor edad y aquellos con enfermedad hepática crónica son los de mayor riesgo. Los niveles de fatalidad en adultos, mayores de 49 años es del 1,8%, mucho mayor que los otros grupos de edad (0,3%)<sup>6,10</sup>. En el presente trabajo

está complicación se presentó en una paciente de 28 años quien falleció a los 8 días de la hospitalización.

En conclusión la infección aguda por VHA es una patología aún frecuente en nuestro medio que se suele presentar en grupos etáreos jóvenes, con sintomatología clínica general, muchas veces inespecífica y generalmente de evolución benigna, sin embargo también puede evolucionar hacia formas atípicas como la hepatitis recurrente, colestásica y la insuficiencia hepática, está última con resultados fatales.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Koff, Raymond S. Hepatitis A. The Lancet 1998. 351: 1643-1649.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Demographic differences in notifiable infectious disease morbidity-United States, 1992-1994. Morb Mortal Wkly Rep 1997; 46:637-41.
3. Alter M.J, Gallagher M, Morris TT, et al. Acute non A-E hepatitis in United States and the role of hepatitis G virus. N. England J. Med 1997; 336:741-46.
4. Sjogren, María H. Hepatitis A. Diseases of the liver - Schiff's. 8va Ed.1999: 750-752.
5. Vildozola H, Colichon A, Rubio Md M, Weil J. Anti-HVA IG prevalence in population between 1 and 39 years old in Lima Peru. Rev. Gastroenterology Peru 2000; 20 (2): 141-145.
6. Tanaka J. Hepatitis A shifting epidemiology in Latin America. Vaccine 2000; 18:18 (Suppl.1): S57-60.
7. Zaaijer HL, Leenwaar- Kujipers A. Rotman H, Lelie PN. Hepatitis A antibody titers after infection and immunization. J. Med. Virol. 1993;40:22-27.
8. Safadi R, Ben Hur, Shouval D. Mononeuritis multiplex: a rare complication of acute hepatitis A. Liver 1996; 16; 288-89.
9. Sherlock S, Dooley J. Hepatitis producidas por virus- Enfermedades del hígado y vías biliares. 9 na Ed. 1991: 260-293.
10. Redlinger T, O'Rourke K, Van Derslice J. Hepatitis A among school children in a US-Mexico border community. Am J. Public Health 1997;87:1715-17.
11. Nyingi M, Kemmer et al. Hepatitis A. Infections of the liver. Clinics of North America 2000 ;14 :605-615.
12. Smith PF, Grabau JC, Wersberger A, et al. The role of young children in a community -wide outbreak of hepatitis A. Epidem. Infect. 1997; 118:243-52.
13. Fujiwara K Yokosuka O, Ehata T, et al. Frequent detection of hepatitis A viral RNA in serum during the early convalescent phase of acute hepatitis A. Hepatology 1997; 26:1634-1639.
14. Severo CA , Abengur P, Bruissin Y. An outbreak of hepatitis A in a french day-care center and efforts to combat it. Eur J. Epidemiol 1997; 13: 139-44.
15. Press J. Masiovitv S, Avinovach I. Vasculitis necrotizante asociada a hepatitis A. J. Rheumat. 1997;24:965-67.