



PRESENTACIÓN DE CASOS

Hepatitis viral aguda tipo A de comportamiento bifásico colestásico: Presentación de un caso

Acute viral hepatitis type A with biphasic cholestatic behavior: Case presentation

Yasmany Salazar Rodríguez ^{1*}, <https://orcid.org/0009-0002-0581-847X>

Aliuska Cadet Cobas ², <https://orcid.org/0009-0004-5022-5846>

Ibis Umpierrez García ¹, <https://orcid.org/0000-0003-1850-4453>

Thais de la Caridad Roca Alvarez ², <https://orcid.org/0009-0002-7670-0460>

¹ Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy "Orden Carlos Juan Finlay". Matanzas, Cuba.

² Universidad de Ciencias Médicas de Matanzas. Matanzas, Cuba.

***Autor para la correspondencia:** yasmanyailen@gmail.com

Recibido: 22/01/2025

Aceptado: 23/05/2025

Cómo citar este artículo: Salazar-Rodríguez Y, Cadet-Cobas A, Umpierrez-García I, Roca-Alvarez TdC. Hepatitis viral aguda tipo A de comportamiento bifásico colestásico: Presentación de un caso. MedEst. [Internet]. 2025 [citado acceso fecha]; 5:e319. Disponible en: <https://revmedest.sld.cu/index.php/medest/article/view/319>

RESUMEN

Introducción: la hepatitis A es una enfermedad infecto-contagiosa de distribución universal. Donde se visualizan la presencia de brotes en áreas de hacinamiento y saneamiento deficiente. Aunque de manera general esta enfermedad cursa con una evolución favorable, existen reportes de

Los artículos de la Revista MedEst se comparten bajo los términos de la [licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial 4.0 Internacional](#)

Email: revmedest.mtz@infomed.sld.cu Sitio Web: www.revmedest.sld.cu



complicaciones y formas de presentarse atípicas como el presente caso en cuestión, que repercuten en la morbilidad y mortalidad de los pacientes.

Objetivo: presentar un paciente con Hepatitis A de comportamiento bifásico, colestásico.

Presentación de caso: paciente masculino blanco de 20 años de edad, fumador, con el antecedente epidemiológico de haber sido diagnosticado de hepatitis A 30 días antes, durante un brote en su área de convivencia, con una evolución favorable; pero pasado el mes de convalecencia; comienza con íctero marcado, prurito intenso, coluria, acolia, dolor abdominal en hipocondrio derecho y epixtasis. Al examen físico se describe a la inspección la presencia íctero rubínico, lesiones por rascado, y de dolor a la palpación en hemiabdomen superior, con hepatomegalia dolorosa de 3 cm. Por lo que se ingresa con diagnóstico de Hepatitis de comportamiento bifásico colestásico, se corroboró el diagnóstico con la realización de complementarios pertinentes, llevó tratamiento con ácido ursodexsicolico donde tuvo una evolución clínica favorable.

Conclusiones: este estudio permitió observar el poco número de casos reportados con presentación atípica de la enfermedad de la Hepatitis A y la importancia de un diagnóstico oportuno desde la atención primaria de salud para prevenir complicaciones mortales de la hepatitis.

Palabras Claves: Hepatitis A Bifásica; Hepatitis Colestásica; Hepatitis Fulminante; Hepatitis Viral Aguda.

ABSTRACT

Introduction: hepatitis A is an infectious-contagious disease of universal distribution. Where the presence of outbreaks in areas of overcrowding and poor sanitation is visualized. Although in general this disease has a favorable evolution, there are reports of complications and atypical forms of presentation such as the present case in question, which have an impact on the morbidity and mortality of patients.

Objective: to present a patient with biphasic, cholestatic behavior with Hepatitis A.

Case presentation: a 20-year-old white male patient, smoker, with the epidemiological history of having been diagnosed with hepatitis A 30 days earlier, during an outbreak in his living area, with a favorable evolution; but after the month of convalescence; It begins with marked icterus, intense



pruritus, choluria, acolia, abdominal pain in the right hypochondrium, and epixtasis. Physical examination revealed the presence of rubin icterus, scratching lesions, and tenderness in the upper abdomen, with painful hepatomegaly of 3 cm. Therefore, he was admitted with a diagnosis of cholestatic biphasic hepatitis, the diagnosis was corroborated with the performance of pertinent complementary tests, he was treated with ursodeoxycholic acid where he had a favorable clinical evolution.

Conclusions: this study allowed us to observe the small number of cases reported with atypical presentation of Hepatitis A disease and the importance of a timely diagnosis from primary health care to prevent fatal complications of hepatitis.

Keywords: Biphasic Hepatitis A; Cholestatic Hepatitis; Fulminant Hepatitis; Acute Viral Hepatitis.

INTRODUCCIÓN

Constituyen las enfermedades infecciosas una de las causas de morbimortalidad más frecuente en niños y adultos jóvenes, particularmente en el tercer mundo. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la epidemia de hepatitis, es uno de los problemas principales de salud a escala mundial, tanto por los millones de afectados como por el número de pacientes que llegan a desarrollar complicaciones y enfermedad hepática crónica. ⁽¹⁾ Dentro de ellas la hepatitis viral aguda tipo A (HVAA) ha aumentado su incidencia. Se estima que 1,5 millones de personas se infecten al año por este virus, primariamente hepatotropo. ⁽²⁾

La Hepatitis A es una infección hepática aguda causada por el Virus Hepatitis A (VHA). Es una enfermedad benigna, autolimitada, que no traduce cronicidad. Padecerla confiere inmunidad de por vida y puede prevenirse a través de la vacunación. El VHA se transmite principalmente por vía fecal-oral, cuyos factores de riesgo son la ingesta de alimentos y/o aguas contaminadas y contacto físico directo, entre otros. ^(3,4) Las manifestaciones clínicas van desde pacientes asintomáticos hasta Hepatitis fulminante. ⁽⁵⁾

La hepatitis icterica constituye la presentación clásica de la enfermedad, caracterizada por manifestaciones clínicas inespecíficas compatibles con infección viral aguda. Sin embargo, como se evidencia en este reporte, pueden desarrollarse formas atípicas entre las que destacan: ⁽⁵⁾

1. Variante bifásica: Con recurrencia de síntomas tras mejoría inicial

2. Forma colestásica: Marcada por ictericia persistente (bilirrubina >5 mg/dL), prurito intenso y elevación desproporcionada de fosfatasa alcalina

Estas presentaciones atípicas representan solo el 7-15 % de los casos según series recientes ^(5,7). Las complicaciones extrahepáticas, aunque infrecuentes (<1 %), incluyen: compromiso pancreático (pancreatitis aguda), afección renal (glomerulonefritis), manifestaciones cardiovasculares (pericarditis), complicaciones neurológicas (encefalitis, síndrome de guillain-barré). El presente caso ilustra particularmente la importancia de reconocer estos patrones atípicos para evitar diagnósticos erróneos y terapias innecesarias. ⁽⁶⁾

Dentro de las formas atípicas están la hepatitis recurrente, colestasis prolongada o persistente, falla hepática fulminante o asociada a hepatitis autoinmune. El curso clínico típico de la infección aguda por el virus de hepatitis A es hacia una remisión espontánea en más del 90 % de los casos, sin embargo, los cursos atípicos presentan una prevalencia que varía de <1-20 % según la manifestación (global ~7 %). ^(6,7)

Existe poca información sobre los cursos clínicos atípicos por la infección del virus de hepatitis A y es relevante mencionar que la falta de reconocimiento de estos, a menudo ocasiona en la práctica clínica la realización de múltiples estudios y tratamientos que además de innecesarios pueden resultar perjudiciales. ⁽⁷⁾ Por lo que, los autores de esta investigación se propusieron como objetivo presentar un caso de Hepatitis A de comportamiento bifásico colestásico ingresado en el Hospital Militar Dr. Mario Muñoz Monroy "Orden Carlos Juan Finlay".

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 20 años, raza blanca, residente en zona urbana, fumador, sin antecedentes patológicos relevantes, ingresó en el Hospital Militar de Matanzas por ictericia marcada, luego de haber presentado hepatitis viral aguda tipo A (HVAA) dos meses antes, durante un brote en su comunidad. Además, refería prurito intenso, dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, astenia, anorexia, coluria, acolia y epistaxis leve en dos ocasiones. Al examen físico, se observó ictericia inicialmente rubínica (figura 1), que evolucionó a tonos verdosos, junto con excoriaciones por rascado. A la palpación abdominal, presentaba dolor en hemiabdomen superior y hepatomegalia de 3 cm.

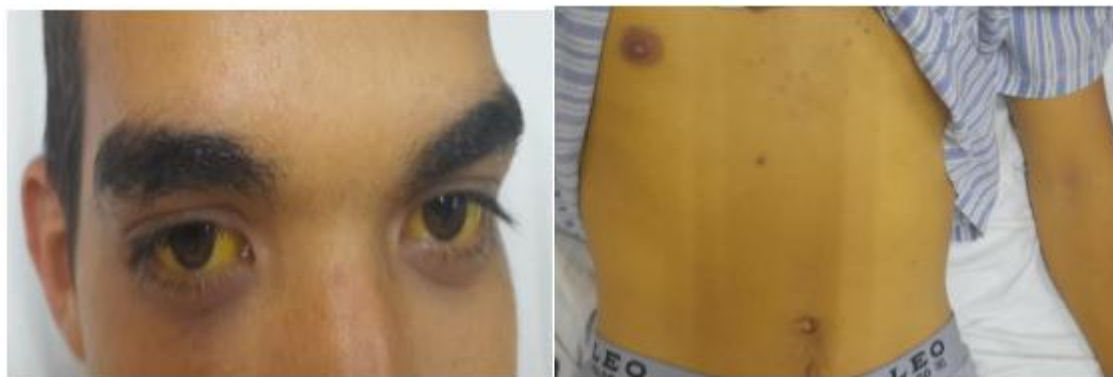


Figura 1. Se observa coloración cutánea amarillo-verdosa (ictericia colestásica) en el paciente al ingreso.

Se le realizan los siguientes complementarios (más significativos):

Complementarios	I	II*	III	IV
TGO (U/L)	1024	820	222	49
TGP (U/L)	1059	858	334	71
FA (U/L)	319	461	402	241
GGT (U/L)	-	29	23	26
LDH (U/L)	-	418	250	178
PT (g/L)	-	83	76.4	77
Albúmina (g/L)	-	44	38.2	44.7
Glicemia (mmol/L)	3.4	3.24	4.09	4.4
Colesterol (mmol/L)	2.9	3.26	3.78	5.55
TG (mmol/L)	2.48	2,82	2.86	1.71
Creatinina (mmol /L)	-	39	62	94
Urea (nmol/L)	-	4.79	5.75	6.2
Ac. Úrico (mmol /L)	311	318	334	351
Amilasa (U/L)	56	86	78	98
Bil.total (g)	206.7	-	-	175

Bil. Directa (g)	-	-	-	155
HTO (g/L)	0.44	-	-	0.40
VSG (mm/H)	23	-	-	10
Cuagulograma	-	-	-	-
TP-C (seg)	13	-	-	-
TP-P (seg)	11.5	-	-	-
Cérulo plasmina (g/L)	-	-	0.34	-

Se inició tratamiento con ácido ursodesoxicólico (ursodiol). Los estudios serológicos resultaron negativos, excepto por un nivel elevado de IgA (2.18 g/L; valor normal: X-Y), con IgG e IgM dentro de rangos normales.

El ultrasonido abdominal mostró hepatomegalia de 2.5 cm (parénquima homogéneo), vesícula biliar con engrosamiento parietal de 8 mm (doble contorno) y tabicación, así como esplenomegalia leve (1 cm). No se observó líquido libre en cavidad abdominal ni adenopatías. Las bases pulmonares y el electrocardiograma fueron normales.

Con estos hallazgos, se confirmó el diagnóstico de hepatitis viral aguda tipo A (HVAA) de presentación atípica. El paciente recibió tratamiento con ursodiol (15 mg/kg/día), con evolución clínica favorable, por lo que fue dado de alta con seguimiento en consulta externa.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura, más del 90% de los casos de hepatitis viral aguda tipo A (HVAA) siguen un curso autolimitado, con resolución espontánea en 4-8 semanas. Sin embargo, hasta un 20% pueden presentar evoluciones atípicas, incluyendo formas bifásicas, colestásicas o fulminantes. ^(2,6) Muñoz SG et al., ⁽⁵⁾ en una serie de casos mexicanos durante brotes de VHA, destacan la escasa información disponible sobre estas presentaciones atípicas, particularmente en lo que respecta a su fisiopatología (posiblemente relacionada con respuesta inmune exacerbada o factores genéticos del huésped).

Este reporte adquiere relevancia al documentar un caso de hepatitis A bifásica colestásica, contribuyendo a la limitada evidencia sobre estas variantes

atípicas. Nuestros hallazgos coinciden con lo reportado por Muñoz SG et al.⁽⁵⁾ en cuanto a la recurrencia de síntomas tras aparente mejoría, pero difieren en la marcada componente colestásica (ictericia verdínica, prurito intenso) observada en nuestro paciente. Esta presentación refuerza la necesidad de considerar las formas atípicas en el diagnóstico diferencial de colestasis aguda, especialmente en áreas endémicas.

La presentación bifásica con exacerbación de síntomas (ictericia progresiva, prurito intenso y hepatomegalia dolorosa) y marcada elevación de enzimas hepáticas (TGO 1024 U/L, TGP 1059 U/L) obligó a realizar un exhaustivo diagnóstico diferencial. Se priorizaron las siguientes etiologías: ^(8,9)

1- Enfermedades autoinmunes: Hepatitis autoinmune (anticuerpos antinucleares, anti-LKM1 negativos; IgG normal)

2- Otras hepatitis virales:

- Agudas: hepatitis E (serología negativa), CMV/EBV (IgM negativas)
- Crónicas: hepatitis B (HBsAg negativo) y C (anti-VHC negativo).

3- Infecciones sistémicas: VIH (ELISA negativo), sífilis (VDRL negativo).

4- Colestasis obstructiva: Descartada por ecografía (sin dilatación de vías biliares).

La ausencia de marcadores positivos para estas alternativas, junto con el antecedente epidemiológico de brote de VHA, reforzó el diagnóstico de hepatitis A atípica. ^(8,9)

Como señalan Báez-Sarria et al. ⁽⁶⁾ en su reporte de un caso atípico de hepatitis A, es fundamental considerar esta posibilidad diagnóstica para evitar procedimientos invasivos innecesarios. En concordancia con este enfoque, en el presente caso se priorizó el método clínico y estudios complementarios no invasivos (serologías, ultrasonido y perfiles bioquímicos), reservando la biopsia hepática únicamente para aquellos casos sin diagnóstico concluyente tras esta evaluación inicial. Cabe destacar que el estudio se enfrentó a limitaciones logísticas, particularmente la escasez de algunos reactivos, lo que requirió la coordinación interinstitucional para completar los análisis necesarios.

Se consultó los tratamientos reportados en los artículos publicados, y se mencionan desde, conducta expectante ⁽¹⁰⁾, el uso de (Ursodiol®), estos para los casos de hepatitis recurrente y colestásica; empleo de la acetilcisteína para las fulminantes y los corticoesteroides para las que presenten un componente autoinmune; destacar que el empleo de los esteroides puede desencadenar la hepatitis recurrente. ^(2,7)

Se llevó a discusión en el colectivo médico y se decidió comenzar el tratamiento con (Ursodiol®), una vez analizado las evidencias nacionales e internacionales expuestas; presentando una evolución clínica favorable.

La revisión de la literatura evidenció diversas alternativas terapéuticas según la presentación clínica: conducta expectante para casos leves ⁽¹⁰⁾, ácido ursodesoxicólico (Ursodiol®) en formas recurrentes o colestásicas, acetilcisteína para hepatitis fulminantes, y corticoides cuando existe componente autoinmune, aunque con el riesgo potencial de desencadenar recurrencias. ^(2,7)

Tras análisis multidisciplinario que consideró tanto la evidencia internacional como las guías nacionales, se optó por iniciar tratamiento con ursodesoxicólico (15 mg/kg/día), dada la marcada componente colestásica del caso. Esta decisión terapéutica se asoció a una progresiva mejoría clínica y bioquímica (reducción de bilirrubina de 206,7 a 175 µmol/L en una semana), validando el enfoque seleccionado.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió observar el poco número de casos reportados con presentación atípica de la enfermedad de la Hepatitis A y la importancia de un diagnóstico oportuno desde la atención primaria de salud para prevenir complicaciones mortales de la hepatitis.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rojas Peláez Y, Trujillo Pérez YL, Reyes Escobar AD, Bembibre Mozo D. Some considerations on the chronic viral hepatitis as a health problem. MEDISAN [Internet]. 2021 [citado 22/01/2025]; 25(4): 965-981. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192021000400965&lng=es

2. Mehta P, Reddivari AKR. Hepatitis. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; [Internet]. 2023 [citado 22/01/2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554549/>
3. Herrera JA, Badilla J. Hepatitis A. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2019 [citado 22/01/2025]; 36(2):101-7. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200101&lng=en&lng=es
4. Jeong S, Lee H-S. Hepatitis A: Clinical manifestations and management. Intervirology [Internet]. 2010 [citado 22/01/2025]; 53(1):15-9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1159/000252779>
5. Muñoz SG, Díaz HA, Suárez D, Sánchez JF, Gamboa A, García I, et al. Manifestaciones atípicas de la infección por el virus de la hepatitis A. Revista de Gastroenterología de México. 2018 [citado 22/01/2025]; 83(2):134-43. Disponible en: <http://www.revistagastroenterologiamexico.org/es-manifestaciones-atipicas-infeccion-por-el-articulo-S0375090618300636>
6. Báez Sarria F, Martínez Romero M, Ferrer Santos V, Peña Álvarez D. Hepatitis viral aguda tipo A colestásica con manifestaciones extrahepáticas y complicaciones neurológicas poco frecuentes. Rev Cubana Med Milit [Internet]. 2024 [citado 22/01/2025]; 53(2). Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/21781/2506>
7. Herrera Corrales JA, Badilla García J. Hepatitis A. Med. leg. Costa Rica [Internet]. 2019 [citado 22/01/2025]; 36(2): 101-107. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-00152019000200101&lng=en
8. Castellanos-Fernández I M, Teixeira-Brado E, La-Rosa-Hernández D, Dorta-Guridi Z, Rodríguez-Pelicer C, Vega-Sánchez H. Infección crónica por virus de hepatitis B. Instituto de Gastroenterología de Cuba, 2016-2018. Revista Habanera de Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado 22/01/2025]; 19 (1):[aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2669>
9. Akpor Oluwaseyi A, Adelusi Folusho A, Akpor Oghenerobor B. Conocimiento, nivel de riesgo y prevalencia de la hepatitis B y C entre los



conductores de minibuses comerciales en Ado-Ekiti, estado de Ekiti, Nigeria. Enferm. glob. [Internet]. 2023 [citado 22/01/2025]; 22(71): 371-406. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412023000300012&lng=es

10. Velasco Martínez FI, Sandoval Suárez LJ, Ehrhardt Morón EM, Mora Bautista VM. Hepatitis colestásica persistente por virus de hepatitis A en pediatría. Reporte de Caso. Pediatría. [Internet]. 2023 [citado 22/01/2025]; 55(Suplemento 1):7-10. Disponible en:
<https://revistapediatria.org/rp/article/view/189>

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

YSR: Conceptualización, Curación de datos, Análisis Formal, Investigación, Metodología, Recursos, Supervisión, Validación, Visualización, Redacción, Redacción - Revisión y edición.

ACC: Conceptualización, Investigación, Recursos, Visualización, Redacción - Revisión y edición.

IUG: Conceptualización, Análisis Formal, Investigación, Metodología, Recursos, Supervisión, Visualización, Redacción - Revisión y edición.

TdICRA: Conceptualización, Investigación, Recursos, Visualización, Redacción - Revisión y edición.

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no declaran conflictos de interés.

FUENTES DE FINANCIACIÓN

Los autores no recibieron financiación para el desarrollo del presente artículo.

