

Hipertransaminasemia y coagulopatía en pediatría. ¿Cuándo es necesario ingresar? A propósito de un caso

Haurraren artikulazio-mina eta kulunkenaldia: sinobitis transitorioa eta gazte idiotopikoen artritisa-ren diagnostiko diferentziala

I. Llaguno López, I. Colina Alejandro,
G.V. Cocuz, J. Muñoz Cadiñanos,
A. Guillén Gómez, M. Gendive Martín

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba (Txagorritxu).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La hepatitis A es una forma muy común de hepatitis viral en la infancia, generalmente con un curso autolimitado y un pronóstico favorable. Sin embargo, en algunos casos pueden surgir complicaciones que requieren hospitalización, especialmente con niveles elevados de transaminasas y alteraciones en la coagulación. Esta comunicación tiene como objetivo ilustrar los criterios de ingreso hospitalario en hepatitis A pediátrica a través de un caso clínico donde la decisión de hospitalización se basó en la gravedad de los hallazgos clínicos y de laboratorio.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una niña de 9 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acudió a urgencias por vómitos, coluria y falta de tolerancia a sólidos y líquidos. La familia había regresado recientemente de un viaje al Sahara, zona endémica de hepatitis A. Una semana antes, en el contexto de un brote familiar, se le realizó una serología que confirmó la infección por hepatitis A (IgM e IgG anti-VHA positivas) con transaminasas elevadas (GPT de 870 UI/L), sin otras alteraciones significativas. En una reevaluación, la paciente mostró un empeoramiento de los parámetros hepáticos: GOT de 4657 UI/L, GPT de 4877 UI/L, bilirrubina total elevada (7,7 mg/dL) y tiempo de protrombina alterado (50%), indicativo de coagulopatía.

INTERVENCIÓN Y EVOLUCIÓN

Dado el deterioro de la función hepática y la coagulopatía, se decidió su ingreso hospitalario, siguiendo los criterios de la Sociedad

Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, que indican ALT > 3.000 UI/L o TP < 50% tras la administración de vitamina K. Durante la hospitalización, la paciente recibió sueroterapia intravenosa, vitamina K y ácido ursodesoxicólico, además de controles analíticos cada 24 horas. Se observó una mejora progresiva de los niveles de transaminasas y de la coagulación, permitiendo su alta con seguimiento ambulatorio.

CONCLUSIONES

La hepatitis A pediátrica, aunque mayormente autolimitada, puede complicarse con hipertransaminasemia severa y coagulopatía, lo que justifica el ingreso hospitalario para una monitorización intensiva. La aplicación de criterios claros para el ingreso y un seguimiento estrecho son esenciales para la detección precoz de la insuficiencia hepática aguda y asegurar una recuperación completa, como se logró en este caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Codoñer Franch P, de la Rubia Fernández L. Hepatitis agudas (virales y tóxicas). *Protoc diagn ter pediatr*. 2023; 1: 253-63. https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/20_hepatitis_agudas.pdf
2. Sociedad Española de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica, Asociación Española de Pediatría, & Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. (2022). Actuación diagnóstica ante hipertransaminasemia en Pediatría: Documento de consenso. SEGHP. https://www.seghp.org/sites/default/files/2022-10/CONSENSO_Hipertransaminasemia.pdf
3. Guerrero-Fernández J, Cartón Sánchez A, Barreda Bonis A, Menéndez Suso J, Ruiz Domínguez J. *Manual de Diagnóstico y Terapéutica en Pediatría*, 6ª Ed. Editorial Médica Panamericana; 2018.