

Alerta y consideraciones sobre brote de hepatitis aguda por el virus de la hepatitis A en Argentina

Sociedad Argentina de Pediatría

Subcomisión de Epidemiología y Comité Nacional de Hepatología

En Argentina antes de la implementación del programa de **inmunización universal contra el Virus de la Hepatitis A (VHA) en el año 2005**, la insuficiencia hepática aguda causada por este virus era la indicación más frecuente de trasplante hepático en la población pediátrica (49.9%). La implementación de la vacunación permitió la reducción de la incidencia de la enfermedad (tasas de 0,03-019 casos/100.000 habitantes) y logró que **desde el 2007 ningún niño argentino ha requerido trasplante hepático por esta causa, evidenciando el impacto de la vacunación**. Distintos estudios muestran también la persistencia de anticuerpos protectores. **Ante el aumento de casos de hepatitis aguda por VHA en el último año, se recuerdan las pautas de detección, notificación, tratamiento y prevención.**

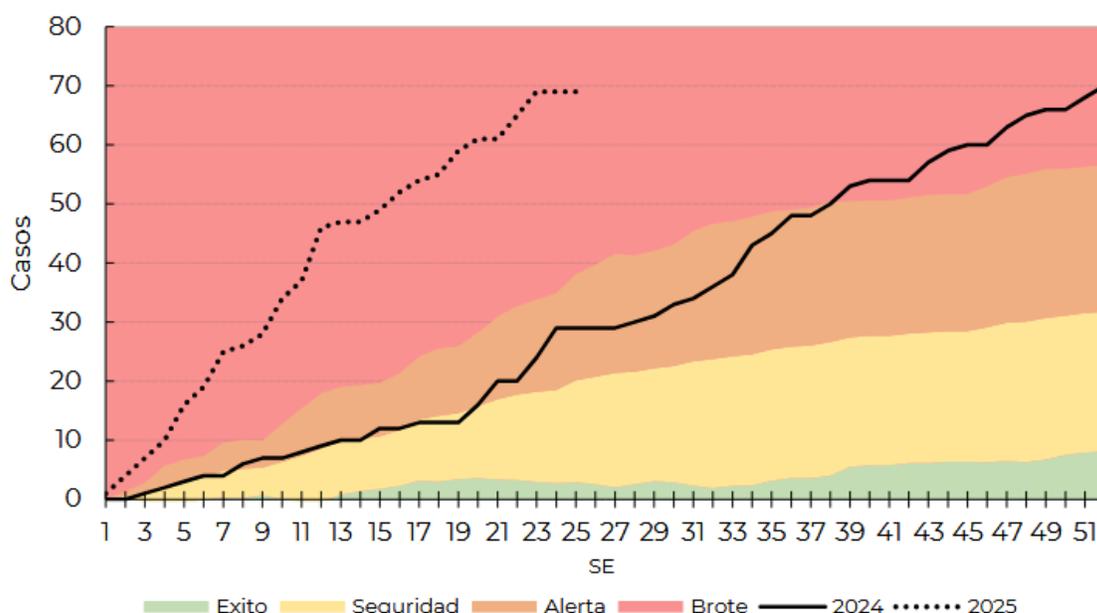
EPIDEMIOLOGÍA DE HEPATITIS A EN ARGENTINA

Durante el quinquenio 2019-2023 se notificaron en promedio **31 casos anuales de hepatitis A en Argentina**. En 2024 se confirmaron 70 casos, superando el umbral de alerta a partir de la semana 39. Durante el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 25 del 2025 se notificaron al SNVS 69 casos confirmados por laboratorio de hepatitis A en todo el país. Este número de casos confirmados se encuentra por encima del umbral de brote, duplicando la cantidad de casos esperados para este periodo.

De los casos confirmados de hepatitis A, 40 se encuentran en región Centro: CABA (13),

Buenos Aires (11), Córdoba (11) y Santa Fe (5); 19 en NOA: Jujuy (4), Salta (13) y Tucumán (2) y el resto en Mendoza (2), San Luis (1), Formosa (3), Chubut (2), Río Negro (1) y Neuquén (1). La mayoría de los pacientes tienen entre 20 y 39 años (40 pacientes), y los restantes son menores de 20 años (17 pacientes) y mayores de 40 años (14 pacientes).

Corredor endémico acumulado de casos confirmados de hepatitis A. Argentina, período 2019- SE 25/2025.



Fuente: Elaboración por el área de Análisis de datos e investigación a partir de datos extraídos del SNVS 2.0

Fuente: Área de Análisis de datos e investigación a partir de datos extraídos del SNVS 2.0. Disponible en: https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_762_se_25-30062025.pdf

La distribución por edad, evidencia que el 29% de los casos a menores de 20 años, **52% casos** a personas de 20 a 39 años y **19% casos** a mayores de 40 años. En adultos se observa **mayor afectación en el sexo masculino** (35 casos). Cabe resaltar que los casos confirmados en pacientes pediátricos no registraban vacunación contra hepatitis A.

Entre el 01/01/2025 y el 6/6/2025 se enviaron al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales del INEI-ANLIS "Dr. C.G. Malbrán" **42 muestras** de suero y/o materia fecal para caracterización molecular del VHA, analizándose la región VP1/2A. De estas,

en 32 se identificó VHA: 31 fueron clasificadas dentro del subgenotipo IA agrupándose en dos clados diferenciados:

A) Clado A: Muestras de Salta, Formosa, Santa Fe, Jujuy, Mendoza y Buenos Aires (pacientes con antecedentes de viaje a Bolivia y Brasil), relacionadas al Wild type GBM (98% de identidad)

B) Clado B: Muestras de Mendoza, Córdoba, Santa Fe y CABA -todas de pacientes masculinos mayores de edad de los cuales la mayoría refieren el antecedente de hombres que tienen sexo con hombres –(99%. De identidad)

Adicionalmente, se detectó por primera vez el **genotipo IIIA** en una muestra de un paciente residente en CABA, con antecedentes de viaje a India.

CARACTERÍSTICAS DE LA INFECCIÓN

El virus de la hepatitis A (VHA) es un virus ARN, miembro de la familia Picornaviridae, de un único serotipo y sin envoltura. Es la causa más común de hepatitis viral aguda en el mundo y es particularmente común entre los niños y adultos jóvenes. En general, la forma de transmisión es fecal-oral, por ingestión de agua o alimentos contaminados y por contacto de persona a persona.

La infección por el VHA causa un proceso necroinflamatorio agudo en el hígado que normalmente es autolimitado, con alto porcentaje de formas subclínicas, especialmente en niños. Sin embargo, en algunos pacientes puede dar lugar a formas atípicas o insuficiencia hepática aguda. No existen portadores crónicos; no produce hepatitis crónica o cirrosis.

Posterior a la ingesta, el virus sobrevive a los jugos gástricos, atraviesa la mucosa intestinal y alcanza el hígado a través de la circulación entero-hepática, replicándose en los hepatocitos. Posteriormente, se excreta por la bilis hacia el intestino, donde puede ser eliminado en las heces. Este ciclo se repite hasta que los mecanismos inmunitarios del huésped interrumpen la replicación viral. El virus es detectable en las heces durante el período de incubación, alcanzando su máxima concentración aproximadamente dos semanas antes del inicio de los síntomas, siendo este el período de mayor infectividad.

La patogenia del daño hepático asociado al VHA no está completamente esclarecida; múltiples mecanismos inmunitarios parecen contribuir a la injuria, mientras que la

virulencia viral tendría un rol limitado.

Las formas clínicas de presentación incluyen:

1. **Infección anictérica o asintomática:** frecuente en menores de 5 años.
2. **Infección icterica sintomática:** caracterizada por ictericia, coluria y heces hipocolóricas.
3. **Hepatitis colestásica:** prolongación del período de ictericia con prurito persistente y elevación sostenida de γ GT y FAL.
4. **Infección recidivante:** reaparición de síntomas y alteraciones bioquímicas tras mejoría inicial.
5. **Insuficiencia hepática aguda:** con una incidencia de 0,015-0,5%, caracterizada por coagulopatía refractaria a vitamina K, pudiendo requerir trasplante hepático.

El período de incubación varía entre 14 a 28 días (hasta 45 días). El paciente es contagioso desde 1-2 semanas antes del inicio de los síntomas hasta una semana después.

En general, los síntomas de hepatitis A son inespecíficos en su fase prodrómica (fiebre, malestar, dolor abdominal, náuseas) y evolucionan hacia ictericia y alteraciones hepáticas. Las manifestaciones extrahepáticas son poco frecuentes.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

El diagnóstico se confirma por la detección de IgM anti-VHA (que aparece poco antes o simultáneamente con el inicio de los síntomas y persiste hasta 4-6 meses) y/o PCR para detectar VHA en materia fecal. El anticuerpo IgG aparece simultáneamente y persiste de por vida.

Es importante que el pediatra reconozca los síntomas de hepatitis aguda: malestar general, astenia, fiebre, vómitos, diarrea, dolor abdominal, ictericia, hipocolia, coluria y solicitar rápidamente laboratorio: En todo niño con ictericia se debe realizar laboratorio que incluya hemograma, hepatograma, proteinograma, glucemia, coagulograma, urea y creatinina; y realizar ecografía abdominal.

Ante una hepatitis aguda, se deben realizar estudios de laboratorio y profundizar los estudios diagnósticos para identificar las posibles etiologías. Parte de los estudios deben

contemplar valoración de hepatitis virales agudas: hepatitis A (independientemente del antecedente vacunal), B, C, D -en los casos que corresponda- y E, además de los virus de Epstein-Barr (EBV), Citomegalovirus (CMV) y VIH; también se deben considerar virus respiratorios (Influenza A y B, Adenovirus, SARS-CoV-2) y patógenos específicos gastrointestinales (coprocultivo, identificación de Adenovirus y rotavirus en materia fecal).

Debe realizarse una anamnesis orientada a identificar hepatotóxicos, antecedentes de viaje o contacto con casos confirmados.

El tratamiento de la hepatitis aguda viral es de sostén, vigilando el desarrollo de insuficiencia hepática, que es poco frecuente en la evolución de estos pacientes. Se sugiere la administración de vitamina K en todo paciente con ictericia.

NOTIFICACION EPIDEMIOLOGICA

Los casos confirmados de hepatitis A constituyen Evento de Notificación Obligatoria (ENO) nominal inmediato ante caso positivo con identificación del agente según el Manual de las normas y procedimientos de vigilancia y control de Eventos de Notificación Obligatoria en el año 2022.

El principal objetivo de la vigilancia es brindar información relevante y de calidad para la intervención de los diferentes actores del sistema de salud que tienen responsabilidad en la prevención, diagnóstico, atención y seguimiento de los casos, así como también contribuir en la evaluación de las acciones implementadas a fin de orientar la planificación de políticas sanitarias.

Las definiciones de caso son las siguientes:

Caso confirmado de hepatitis A: Caso sospechoso de hepatitis viral con presencia de anticuerpos de clase IgM contra el virus de hepatitis A (anti-HAV IgM) en el suero de los pacientes agudos o convalecientes.

Caso invalidado por epidemiología: Caso sospechoso de hepatitis viral aguda y resultados negativos para la detección de anticuerpos de clase IgM contra el virus de la hepatitis A (anti- VHA IgM) en muestra de suero.

Es importante la derivación oportuna al Laboratorio Nacional de Referencia para Hepatitis Virales-INEI-ANLIS-Malbrán de muestras de pacientes antiHAV-IgM positivos para realizar la vigilancia molecular (rutas de transmisión e genotipos, etc) Se recomienda remitir la

muestra de plasma/suero con resultado reactivo de IgM anti-HAV obtenida en el laboratorio local y de ser posible materia fecal.

MEDIDAS PREVENTIVAS

En el año 2005 la vacuna contra hepatitis A fue incorporada al Calendario Nacional de Vacunación para niños al año de vida (Res. Ministerial N°653/05). A los quince días de aplicada la primera dosis, el 93% de los vacunados desarrollan anticuerpos detectables, alcanzando entre el 95% y el 99% al mes.

La vacuna se administra en una única dosis a los 12 meses de vida y también se recomienda para poblaciones de riesgo, entre las que se incluyen:

- Varones que tienen relaciones sexuales con otros varones, mujeres trans, trabajadoras y trabajadores sexuales.
- Personas con desórdenes de la coagulación o enfermedad hepática crónica.
- Personal de laboratorio que manipula muestras del virus.
- Personal gastronómico, de maestranza que maneja residuos y servicios sanitarios.
- Personal de jardines maternas que asiste a niños menores de un año.
- Personas que viajan a zonas de alta o mediana endemia (en este caso, la vacuna no es provista por el Ministerio de Salud).

RECOMENDACIONES PARA EL EQUIPO DE SALUD

A) MEDIDAS ANTE CASOS Y CONTACTOS

- No se dispone de tratamiento específico. Buen saneamiento e higiene personal, con atención especial al lavado de manos y a la eliminación sanitaria de las heces.
- Control del ambiente inmediato: se recomienda el escrupuloso lavado con agua lavandina al 1% de locales, sanitarios, vajillas, prendas, ropa interior o todo aquel ambiente o material que eventualmente pudiera estar en contacto con la materia fecal.
- Desinfección concurrente: eliminación sanitaria de las heces, la orina y la sangre.

B) PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN

Cuando se identifica un caso de infección por hepatitis A, se recomienda aplicar (dentro de las dos semanas de la exposición al VHA):

- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) a los contactos menores de un año.
- Vacuna contra hepatitis A, a partir de los 12 meses de vida (incluyendo adultos susceptibles).
- Gammaglobulina (0,02 ml/Kg) y vacuna en personas con inmunosupresión (incluyendo personas viviendo con VIH con un recuento de CD4 <200 células/μL) o riesgo de complicaciones graves (enfermedad hepática crónica).

Si hubieran transcurrido más de 2 semanas de una exposición a un caso, no se administrará gammaglobulina.

La transmisión perinatal de este virus es rara y la enfermedad grave poco frecuente. Algunos expertos aconsejan administrar gammaglobulina (0,02 ml/kg) al lactante si los síntomas de la madre hubieran comenzado entre dos semanas antes y dos después del parto.

CONSIDERACIONES FINALES Y RECOMENDACIONES PARA PEDIATRAS

- Sospechar hepatitis A ante síntomas compatibles y solicitar estudios rápidamente.
- Confirmar mediante IgM anti-VHA o PCR en materia fecal.
- Derivar al paciente a centros especializados en hepatología pediátrica para seguimiento.
- Reforzar la notificación inmediata los casos confirmados.
- Iniciar o completar esquemas de vacunación contra hepatitis A y B, según Calendario Nacional.
- Reforzar medidas de higiene (lavado de manos, agua segura).
- Brindar información clara a las familias, enfatizando la importancia de la vacunación y las medidas de prevención.
- Mantener la vigilancia activa en pacientes de mayor riesgo (niños pequeños, pacientes inmunocomprometidos).

Para más información:

Boletín Epidemiológico Nacional

https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2025/01/ben_762_se_25-30062025.pdf
