

**Tratamiento
de la
hepatitis
por
virus**

Dr. JORGE ESCOTTO*

LOS CONOCIMIENTOS adquiridos en los últimos años acerca de la epidemiología, clínica, anatomía patológica y exámenes de laboratorio en relación con la hepatitis, han sido tan cuantiosos e importantes que ocupan grandes capítulos en todos los tratados de enfermedades del hígado. Desafortunadamente, la terapéutica todavía no puede actuar contra los virus conocidos hasta la fecha. Es por ello que, si bien los conocimientos epidemiológicos adquiridos sobre este problema permiten evitar la presentación de nuevos casos, al prevenir la diseminación de los seguros o probablemente diagnosticados como hepáticos, el manejo del caso individual sólo puede hacerse por el momento, con la idea de mejorar las condiciones desfavorables que puedan llevar a la instalación de secuelas graves inmediatas o tardías.

No es este el momento de puntualizar las medidas higiénicas de repercusión colectiva que se refieren a las instalaciones sanitarias, abastecimiento de aguas potables y alimentos; ni siquiera tratar sobre las precauciones inherentes al funcionamiento de instalaciones que pudiéramos llamar industriales, para preparar sangre y derivados de aplicación terapéutica. Vale la pena insistir sobre la necesidad de manejar al enfermo hepático como un caso infectocontagioso y recalcar que los médicos y colaboradores, tenemos una responsabilidad muy grande como agentes transmisores de la enfermedad, si olvidamos que ni los antisépticos comunes ni la ebullición rápida destruyen a los virus responsables. Es importante la propaganda personal encaminada al convencimiento de que sólo la limpieza cuidadosa y el autoclave o la ebullición prolongada de instrumentos punzocortantes, jeringas, agujas, e incluso el equipo usa-

* Médico Adscrito por Oposición. Unidad de Gastroenterología, Hospital General.

do por los dentistas, etc., esteriliza y previene así la transmisión de un buen número de casos de hepatitis.

La aplicación de gamma globulina, parece ser útil al conferir inmunidad pasiva en los contactos de hepatitis infecciosa;¹ la dosis de 0.01 c.c. por kilogramo de peso protege por un período hasta de nueve meses. Ayuda al desarrollo de cierto grado de inmunidad activa, en cambio las dosis más elevadas sólo protegen por períodos menores de dos meses. La gamma globulina no protege de la hepatitis por suero homólogo. No tenemos experiencia importante al respecto. Las experiencias de Ward y colaboradores,² para provocar inmunidad activa con cepas poco virulentas administradas por vía oral, no lograron sino transmitir hepatitis de moderada intensidad cuando se usaron emulsiones más concentradas y mostraron resultados dudosos con la administración de las dosis más pequeñas. Está abierta la puerta para la experimentación y los clínicos esperamos los resultados.

Por todas estas circunstancias, nos concretaremos a estudiar la dieta, el reposo y algunos medicamentos que usados juiciosamente, ayudan a la recuperación anatómica y funcional del hígado e impiden, hasta donde es posible, la evolución desfavorable.^{3, 4}

DIETA

No existe una dieta específica para ser usada en el enfermo con hepatitis. En cambio, se pueden establecer lineamientos generales que nos obligan a aprovechar la experiencia de que el hígado, con adecuadas reservas de glucógeno y proteínas de buena calidad, se defiende mejor de cualquier agresión. La dieta estará fundamentalmente constituida por alimentos a base de estos materiales energéticos y plásticos y será preparada recordando siempre, que el enfermo con hepatitis ofrece poca cooperación, por la anorexia que presenta, para aceptar lo que con la mejor intención pretendemos darle como alimento.

Cuando existe náusea o vómito, la administración repetida y en pequeñas cantidades de bebidas o tizanas endulzadas con azúcar y atoles, la que se complementará con mermeladas y dulces de otras clases, es las más de las veces, bien tolerada. Si no se logra la ingestión adecuada de líquidos o se pierden éstos por el vómito y la diarrea, es necesario administrar en venoclisis suero glucosado al 5 o al 10 por ciento. Este hecho no es frecuente, pero ante la evidencia clínica o de laboratorio, deberían administrarse electrolitos y líquidos en soluciones adecuadas

para restablecer el equilibrio. Tan pronto sea posible, y si no lo impiden la náusea o el vómito, la alimentación será completa y equilibrada, insistiendo en la conveniencia de que sea fundamentalmente a base de hidratos de carbono y una cantidad mínima de proteínas de buena calidad y fácil digestión. Los alimentos deben prepararse de manera sencilla, sin sacrificar el buen gusto indispensable para que el enfermo los acepte de buen grado. Las dietas hiperproteicas son innecesarias y pueden ser peligrosas en algunos enfermos con amenaza de coma hepático.^{5, 6}

Las grasas de bajo índice de fusión aportan buenas calorías y usadas discretamente, mejoran el sabor si recordamos los gustos naturales del mexicano. Hoagland y colaboradores⁷ observaron una recuperación más rápida de las pruebas funcionales y del peso del enfermo, cuando se usaron dietas con aporte adecuado de grasas (150 gramos). Tampoco es prudente abusar de ellas ni de cualquier otro de los alimentos de la dieta porque se puede llevar al paciente a la obesidad. Deben suprimirse los refritos y los condimentos de la cocina complicada. No vemos, por el contrario, daño alguno en permitir la ingestión de salsas con chile recién preparadas si el enfermo las desea. En resumen, los lineamientos generales ya mencionados y bien conocidos por todos nosotros, pueden ajustarse a los gustos individuales, para mantener la nutrición adecuada, sin caer en exageraciones por exceso o defecto.

REPOSO

El ejercicio físico consume calorías y disminuye las reservas de glucógeno tan necesarias para que la celdilla hepática pueda defenderse de la agresión. La actividad muscular consume oxígeno y el hígado es muy sensible a la anoxemia. El simple ortostatismo altera la circulación hepática. El argumento de que lo recién anotado no tiene importancia en los casos de hepatitis aparentemente benignas, no tiene justificación, pues sabemos cómo se inicia una hepatitis, más no podemos predecir su evolución, por lo que hemos de cuidar a todos nuestros enfermos con iguales precauciones. Limitar la actividad física es muy importante en el manejo del hepatítico. Sin embargo, se han establecido controversias^{8, 9} sobre el grado y la duración del reposo. Creemos que en este capítulo no deben sentarse premisas absolutas y que la dosificación y duración del reposo se indicarán de acuerdo con la evolución clínica y el estado funcional del hígado, juzgado por el laboratorio.

Durante las primeras etapas de la enfermedad, la astenia y las molestias concomitantes invitan, si no es que obligan, al reposo absoluto en cama. Tan pronto mejoran éstas, disminuye la ictericia y aparece la recuperación funcional del hígado. Puede permitirse cierta actividad en el domicilio del paciente o dentro de la clínica, pero obligando el reposo en cama durante el período postprandial, uno o dos horas. Cuando la bilirrubina total sea menor de 1.15 mg. por ciento en la sangre y la eliminación de la bromosulfaleína, reporte resultados normales en un enfermo recuperado clínicamente, puede permitirse una actividad casi normal. Debe evitarse toda clase de fatiga y ante la menor evidencia clínica o de laboratorio de una recaída, el reposo absoluto se impone nuevamente.

MEDICAMENTOS

Los requerimientos de vitaminas, especialmente de los complejos B y C, deberán cubrirse en la dieta. Pueden administrarse por vía oral o parenteral, especialmente si existen signos clínicos de carencia, tan frecuente en nuestro medio. Lo mismo puede decirse de la vitamina K.

Los extractos hepáticos, los alfa-tocoferoles y los lipotrópicos, todos ellos de acción tan discutida, pueden usarse con discreción y muchas veces sólo con la intención de que el enfermo no sienta que depende exclusivamente del reposo y la dieta. Debe cuidarse, sin embargo, que comprenda que estos últimos son los elementos básicos de su curación.

Merece reseña especial, la discusión de la utilidad que pueden tener los corticoesteroides en el tratamiento de la hepatitis. Los reportes^{10, 11, 12, 13} son contradictorios y se mencionan frecuentes recaídas durante o después de su administración. Parece indudable que actúan de modo desconocido sobre la biligénesis, pues disminuyen las cifras de bilirrubina, incluso en ictericias obstructivas; su acción antiinflamatoria no es de despreciarse y la mejoría del apetito y postración son de utilidad práctica. No los usamos frecuentemente, pero en los casos que cursan con anorexia y decaimiento acentuados, recurrimos a la prednisona, prednisolona y, recientemente a la triamcinolona, en dosis medias durante unos cuantos días y retirándolos paulatinamente en dosis cada vez menores como es regla en el manejo de estos medicamentos.

Creemos conveniente mencionar algunos hechos que deben evitarse:

El alcohol se suprimirá totalmente, porque se metaboliza en el hígado e interviene desfavorablemente en los procesos de regeneración

hepática. La supresión alcohólica incluye no sólo la evolución sintomática de la enfermedad, sino un tiempo prudentemente largo, durante el cual pueden establecerse secuelas posthepatíticas.

Los sedantes y analgésicos que se detoxican o conjugan en el hígado tampoco deben usarse.

La cloropromazina podría estar indicada en algún momento por su efecto antinauseoso y antiemético, pero la presentación de ictericias después de su uso en otro tipo de enfermos, no la recomienda y puede ser substituída por medicamentos antihistamínicos de los usados contra el vómito. Quizá podría decirse lo mismo del efecto anabólico de la metiltestosterona, la que también es capaz de provocar ictericias.

Las transfusiones deberán reservarse para casos en que exista urgencia o indicación absoluta de sangre o plasma, para no agregar una hepatitis por suero homólogo a un enfermo con hepatitis infecciosa. La administración será muy cuidadosa, evitando toda posibilidad de choque de consecuencia muy desagradables en un enfermo con hepatitis.

Es obvio que debe evitarse toda intervención quirúrgica durante la evolución de una hepatitis, a no ser que se presente algún padecimiento de gravedad mayor y de inaplazable tratamiento quirúrgico. Todas las precauciones que se tomen para disminuir el choque quirúrgico, las pérdidas de sangre y las complicaciones infecciosas, así como para seleccionar la anestesia y mantener una adecuada oxigenación, serán pocas frente a estas emergencias.

Cuando se vislumbre el peligro de que se presente el coma hepático, se suprimirán las proteínas de la alimentación para mantener al enfermo exclusivamente con hidratos de carbono por vía oral o parenteral. Igualmente, en caso de estarse administrando, se suprimirán los medicamentos conocidos como lipotrópicos. Se tendrá cuidado de vaciar el intestino con laxantes y enemas salinos y se administrarán antibióticos de amplio espectro, para disminuir la flora intestinal y evitar en este sitio la formación de proteínas y productos amoniados, cuidando de que el reposo sea absoluto mientras desaparece el peligro. El tratamiento del coma hepático establecido, no es motivo de esta comunicación.

Las normas generales que se han bosquejado en las anteriores líneas, mientras no se encuentre la terapéutica etiológica específica, deberán aplicarse juiciosamente y personalizando cada caso en forma individual, sin caer en exageraciones y valorando en estrecha correlación los hallazgos clínicos y de gabinete, según la conveniencia de cada enfermo y en cada una de las etapas de su evolución.

REFERENCIAS

1. Havens, W. P. Jr., and Paul, J. R.: Prevention of infectious hepatitis with gamma globulin. *J. Amer. Med. Ass.* 129: 270, 1945.
2. Ward, R. y Col.: Endemic viral hepatitis in an institution. *Epidemiology and control. Hepatitis frontiers.* Little Brown, 1957.
3. Steigman, F.: Therapeutic consideration in acute and chronic diseases of the liver. *The Amer. J. of Gastroent.* 26: 302 (Sep.), 1956.
4. Darmady, E. M.: The effects of protein diet on infective hepatitis. *Brit. Med. J.* 1: 795, 1945.
5. Sherlock, S.: *Modern trends in Gastroenterology.* Second series. Ed. Butterworth and Co., Londres, 1958.
6. Sepúlveda, B.: Conferencia "Coma hepático". *Symposium sobre comas.* Esc. Nac. de Med. C. U. México, agosto de 1958.
7. Hoagland, C. L. y Col.: Citados por Sherlock, S. en *Diseases of the liver and biliary system.* Ed. Blackwell. Oxford, 1955.
8. Anzures L., M. E.: Hepatitis a virus epidémica. *Revisión Clínica de 100 casos.*
9. Chelmers, T. C. y Col.: The relative effects of strict bed rest and dietary components in the treatment of acute infectious hepatitis. 32: 559, 1953.
10. Spellberg, M. A.: The usefulness of corticotropin and corticoids in patients with liver disease. *The Am. J. of Gastroent.* 26: 342, 1956.
11. Ducci, H. and Katz, R.: Cortisone, ACTH and antibiotics in fulminant hepatitis. *Gastroenterology.* 21: 357, 1952.
12. Sborov, N. y Col.: The clinical, usefulness of ACTH and cortisone in liver disease. *Gastroenterology.* 28: 7456, 1955.
13. Coleman, F. S. y Col.: Use of cortisone in fulminating serum hepatitis. *N. Y. State. J. of Med.* 54: 2489, 1954.