VI CONGRESO NACIONAL DE PEDIATRIA

23, 24, 25 y 26 DE OCTUBRE DE 1952

SANTIAGO DE CHILE

TEMAS OFICIALES

HEPATITIS Y CIRROSIS HEPATICA EN EL NIÑO

Por los Dres. J. BAUZA F., A. FERRADA S., G. FRASCOLI S. GUZMAN, M. KRIBERG
y E. AGUILAR A.

Cátedra de Pediatría Prof. A. Scroggie A. — Hospital R. del Río

A solicitud del Prof. Scroggie desarrollaremos en esta oportunidad el tema de hepatitis infecciosa en el niño y su importancia en la etiología de la cirrosis hepática.

En su desarrollo dejaremos de lado la abundante bibliografía que hay sobre estos temas, para referirnos principalmente a los hechos observados por nosotros, lo que nos parece fundamental tratándose de un Congreso Nacional de Pediatría.

Como es de todos sabido, la hepatitis infecciosa puede presentarse en forma espontánea, o bien seguir a inyecciones en que se inyecta plasma o suero humano; son las hepatitis por suero homólogo o por jeringa.

Las formas espontáneas pueden presentarse en forma epidémica o bien en forma esporádica o endémica.

Entre nosotros no encontramos recuerdo de epidemias verdaderas de la afección que hayan llamado la atención, sea por la gran abundancia, caracteres especiales o gravedad de sus casos, en cambio la vemos presentarse en forma casi continua año tras año y con caracteres más o menos similares.

Para formarnos una idea de la frecuencia de la infección entre nuestros niños, presentamos en el gráfico siguiente los casos que han concurrido al policlínico externo durante los últimos 10 años y lo que va corrido del presente.

Podemos ver en él que cada año se han atendido entre 60 y 90 casos; el año actual fueron atendidos 97 casos hasta el mes de septiembre, por lo que presumimos que fácilmente se alcanzará a la centena.

Gráfico Nº 1

Por lo tanto podemos ver que entre nosotros se trata de una verdadera afección endémica y que de un año a otro presenta pequeñas variaciones de frecuencia.

Su frecuencia es desigual en las diferentes épocas del año y en el gráfico Nº 2, presentamos la distribución en los diversos meses, de los casos atendidos entre 1947 y 1950, que alcanzan a 303.

En todos los años encontramos, en conjunto, una agrupación más o menos similar, con solamente pequeñas variaciones y así lo podemos observar en el gráfico Nº 3, que corresponde al año 1952 hasta el mes de septiembre.

Gráfico Nº 2

Gráfico Nº 3

De tal modo que podemos concluir que se presenta en todas las épocas del año, pero principalmente al final del verano y durante el otoño. Estos hechos se superponen con lo observado en otros países y otras latitudes.

Esta afección se presenta en todas las edades de la vida, pero en nuestro material la encontramos especialmente entre los niños mayores de un año y menores de 6 años de edad. Esto aparece especialmente claro en el gráfico Nº 4, que corresponde a los niños atendidos entre 1949 y 1950.

Igual cosa acontece en los niños atendidos en el presente año (1952) en que vemos que el 82,47% corresponde a mayores de uno y menores de 6 años de edad. Esto está esquemáticamente representado en el gráfico Nº 5.

Por lo tanto, por cada niño afecto mayor de 6 años encontramos 4,7 menores de esta edad.

Para formarnos una idea aproximada de la frecuencia real de esta afección entre la población infantil de nuestra capital, hemos hecho una encuesta en un grupo de nuestra po-

Gráfico Nº 4

Gráfico Nº 5

blación escolar y en diferentes sectores, que alcanza a 2.000 escolares.

Aunque el volumen de casos encuestados es desigual para las distintas edades podemos ver que proporcionalmente su frecuencia es mayor en los niños menores; así entre los de 6 años encontramos 2 casos entre 27 y en los restantes, mayores de esa edad, la afección se presentó entre el 2 y 3% de los niños encuestados (Gráfico Nº 1).

Entre los familiares de estos escolares la afección se presentó en 30 de ellos, de los cuales 20 corresponden a menores de 6 años y los 10 restantes a mayores de esa edad.

La hepatitis por suero homólogo es poco frecuente entre nosotros, así entre 150 afectos solamente en 5 encontramos antecedentes de inyecciones y en uno de los cuales se trata de una transfusión de sangre total practicada 7 días antes, período que por su brevedad hace eliminar con certeza esta posibilidad.

Hemos investigado igualmente en nuestro material las condiciones nutritivas de los niños al iniciarse la afección y vemos que en el 48% de ellos sus condiciones eran satisfactorias, habiendo un déficit de diversa intensidad en el

Cuadro Nº 6

Edad (años)	N.º de niños	Hepatitis	%
6	27	2	7,3
7	218	4	1,9
8	318	11	3,1
9	345	6	1,7
10	372	7	1,9
11	332	8	2,4
12	274	5	1,8
13	114	3	2,6

52% de ellos, lo que nos parece que permite deducir que la afección se presenta igualmente en ambas situaciones.

Para el estudio de la sintomatología nos referiremos exclusivamente a las formas ictericas, en que la entidad del cuadro clínico no admite dudas, dejando de lado los casos observados de formas anictéricas.

En el cuadro clínico de estos enfermos es dable distinguir un período preictérico, que precede a la manifestación más dominante, o sea, la ictericia. De hecho, en todo caso hay síntomas en el período pre-ictérico, pero sea por la poca intensidad de sus manifestaciones o por una mala observación del paciente en su hogar pasa inadvertido en buena cantidad de ellos: así entre 150 observaciones estudiadas al respecto esto ocurre en 41, habiendo sido reconocidos en los 109 restantes. Su duración es variable entre 1 y 20 días, en las proporciones que se indican en el cuadro Nº 7.

Cuadro Nº 7

Período preictérico 150 enfermos	
Sin síntomas	41
Con síntomas.....	109
Duración	
1 a 5 días.....	54
6 a 10 días.....	29
11 a 20 días.....	13
No se precisa	13

Las manifestaciones principales y la frecuencia de ellas las damos a continuación.

La intensidad y caracteres de cada uno de los síntomas, varía en extremo en los diferentes pacientes. La temperatura, por ejemplo, no muestra ningún aspecto característico, hay desde pequeñas elevaciones sub-febriles hasta aquellas que recuerdan el comienzo de una

Cuadro Nº 8

Período preictérico (Síntomas)	
Temperatura.....	64
Adinamia.....	33
Cansancio.....	5
Anorexia intensa.....	42
Vómitos	40
Diarrea	14
Constipación	3
Dolor abdominal	60
Cefalea intensa	13
Somnolencia.....	2
Cuadro eclámpico.....	1
Epistaxis.....	8
Dolores articulares.....	2

fiebre tifoidea o de una neumonía; igual cosa podemos decir de los vómitos y dolores abdominales.

La cefalea es un síntoma muy frecuente en el niño mayor, que puede por su intensidad revestir caracteres alarmantes, en 2 casos se acompaña de síndrome meningo-encefálico, en uno con edema de la papila, lo que indica claramente un compromiso del sistema nervioso central. En otro de los pacientes en este período encontramos un verdadero estado eclámpico.

Hay dos manifestaciones importantes que ya se presentan en este período, que son la hepatomegalia y la esplenomegalia, sobre cuya frecuencia no nos podemos pronunciar porque gran número de los casos han concurrido al servicio ya iniciada su ictericia, pero que es necesario tener presente porque en más de una oportunidad el aspecto del paciente, su curva térmica y la presencia de un aumento del hígado y del bazo han hecho pensar en un primer examen en una fiebre tifoidea. Igualmente en algunos casos se ha comprobado aumento moderado y difuso de los ganglios periféricos.

Presentamos en el siguiente cuadro los síntomas del período icterico.

Cuadro Nº 9

Período icterico 150 enfermos	
Coluria.....	150
Acolia.....	93
Prurito.....	3
Vómitos	12
Dolores abdominales	9
Diarrea.....	2
Epistaxis.....	2
Cefalea.....	1
Temperatura.....	5

El síntoma más constante es la coluria, que no falta en ningún caso. Este síntoma es manifiesto aún en aquellos casos en que la ictericia es apenas perceptible, escapando a una observación superficial; finalmente indicaremos que con frecuencia precede a la pigmentación cutánea y acolia de las deposiciones.

La acolia es un síntoma que puede faltar o presentarse en forma intermitente durante la evolución de la afección. Debemos llamar igualmente la atención que en el niño el prurito es un síntoma que falta con gran frecuencia o es muy poco intenso, a diferencia con lo que sucede en el adulto; igual cosa podemos decir de la bradicardia.

Llamará igualmente la atención que si se compara este cuadro con el precedente, correspondiente al período pre-ictérico, se puede observar que gran número de manifestaciones, como vómitos, dolores abdominales, temperatura, cefalea, etc., aparecen con una menor frecuencia. Ello corresponde al hecho real y de observación diaria que en buen número de casos junto con el establecimiento de la ictericia las manifestaciones se atenúan y retroceden rápidamente.

Hemos encontrado ascitis reconocible clínicamente en 2 observaciones, que colocamos entre paréntesis porque no corresponden a ninguno de los 150 casos incluidos en esta encuesta.

En el cuadro Nº 10 damos el tamaño del hígado y del bazo durante el período ictérico de estos pacientes.

Cuadro Nº 10

Hígado	
En el reborde.....	8
A 1 ó 2 travesas.....	81
A 3 ó 4 travesas.....	61
Bazo	
Se palpó.....	27
Grande.....	9
Ascitis.....	(2)

La duración de este período es variable y en el cuadro Nº 11 damos las cifras encontradas en nuestros casos.

Aquí hemos tomado en cuenta la desaparición de las manifestaciones clínicas subjetivas y la ictericia, la normalización del tamaño del hígado y de las pruebas hepáticas funcionales es más lenta y en muchos enfermos puede tardar algunos meses.

Cuadro Nº 11

Período ictérico	
(Duración)	
1 a 5 días.....	4
6 a 10 días.....	51
11 a 15 días.....	32
16 a 20 días.....	10
21 a 30 días.....	6
Más de 30 días.....	2
No se controló.....	45

Esta afección cura y regresa en la mayoría de los casos en forma completa; sin embargo esto no ocurre así siempre, pudiendo terminar fatalmente a corto plazo o dejar secuelas persistentes o definitivas.

En el curso de estos últimos 10 años han llegado a la mesa de autopsia numerosos casos con el diagnóstico de degeneración difusa aguda del hígado, pero solamente 5 han correspondido a ello; en los restantes, como veremos oportunamente, se trataba de cirrosis hepáticas que dieron esa impresión en los momentos finales o de hepatitis en evolución más o menos avanzada, con caracteres histológicos que no corresponden a ese cuadro. De estos 5 casos, en uno se trata de un niño de 12 años, los 4 restantes son menores de 4 años.

Entre las secuelas y molestias que la hepatitis aguda puede dejar, se encuentra el cuadro de las llamadas hepatitis crónicamente activas, que se caracterizan por una serie de molestias subjetivas, que pueden acompañarse de hallazgos objetivos tales como hepatomegalia, esplenomegalia y dolor, como pueden presentarse sin ellas; igualmente la anatomía patológica estudiada mediante biopsias por punción puede mostrar aspecto celular y arquitectura normales, como pequeñas manifestaciones de infiltración crónica y tejido conjuntivo. Las pruebas hepáticas por su parte pueden ser normales o mostrarse alteradas, no existiendo estrictamente una relación precisa y proporcional entre las manifestaciones subjetivas, signos objetivos, pruebas funcionales y alteraciones histológicas.

Para el reconocimiento de este cuadro y conocer el estado actual de los niños que han padecido de hepatitis, hemos hecho una citación postal de ellos, habiendo concurrido solamente 57.

En el cuadro Nº 12 indicamos las principales molestias subjetivas:

Cuadro Nº 12

Meteorismo post-prandial	8 casos
Dolor abdominal	9 "
Frecuentes cuadros nauseosos y ten-	
dencia al vómito	5 "
Inapetencia pronunciada	14 "
Tendencia a epistaxis	8 "
Cefalea y jaquecas	3 "

En el cuadro Nº 13 mostramos esquemáticamente la existencia de molestias subjetivas, hallazgos objetivos, pruebas de laboratorio y tiempo que ha transcurrido después de su hepatitis.

Cuadro Nº 13

N.º niños	Sint. subj.	Ex. clín.	Pruebas hepátic.	Tiempo transcurrido
10	—	—	—	6 meses a 5 años
3	—	—	—	6 meses a 5 años
8	—	+	+	6 meses a 3 años
2	+	—	+	1 año a 2 años
10	+	+	—	1 año a 5 años
5	+	—	—	6 meses a 3 años
14	+	+	—	6 meses a 3 años
5	+	—	—	6 meses a 4 años

En el examen físico se ha señalado como positivo la existencia de un ligado mayor del través del reborde en la línea mamilar, esplenomegalia, aumento de la circulación colateral del abdomen, spiders, etc.

Como pruebas hepáticas se han practicado las reacciones de Takata-Ara, Hanger, Timol y la bilirrubinimetría, indicándose como positivos los casos en que hay algunos de esos valores alterados en forma significativa.

Desgraciadamente dada la calidad de enfermos, de atención externa, no hemos podido hacer estudio de su estado anatómo-histológico del hígado mediante biopsias por punción.

El poco número de enfermos que concurrieron a este control tiene múltiples explicaciones, entre las cuales cabe la suposición que principalmente acudieran aquellos que tenían algunas molestias, lo que explicaría en parte la frecuencia, a todas luces muy elevada, con que encontramos comprobaciones anormales de una u otra índole en este grupo.

Finalmente debemos abocarnos al problema de las hepatitis crónicas y su importancia en la génesis de cirrosis hepática. Aunque hemos evitado las citas bibliográficas, dándole un carácter lo más objetivo posible a esta presentación, indicaremos brevemente las bases principales que han tenido los diversos investigadores para establecer relaciones de causa a efecto entre la

hepatitis infecciosa y la cirrosis hepática, que se resumen en 4 órdenes principales:

1º El antecedente de episodios ictericos transitorios, interpretables como hepatitis infecciosa, en los cirróticos;

2º El desarrollo de una cirrosis a continuación de una hepatitis infecciosa en plazos relativamente breves;

3º La demostración de daño hepático duradero en los pacientes que han tenido hepatitis infecciosa;

4º La comprobación, mediante biopsias por punción principalmente, de transiciones de una hepatitis a una cirrosis.

La frecuencia con que los diferentes autores encuentran antecedentes de episodios ictericos en los cirróticos varía de un 5 a un 63%, y al respecto debemos recordar que no siempre es posible mediante su estudio hacer afirmaciones categóricas, ya que algunas consideraciones hacen que este dato no pueda ser interpretado como algo preciso:

1º Hay una serie de afecciones que pueden dar lugar a ictericias transitorias, que pueden ser interpretadas, pasado el tiempo, como hepatitis infecciosas. Ello es especialmente notorio en la infancia en que tales afecciones son frecuentes (Sepsis, enfermedades tíficas, mononucleosis infecciosa, piurias, adenopatías mesentéricas específicas o inespecíficas, etc.);

2º En el curso de una cirrosis puede producirse una hepatitis infecciosa, como encontramos descripciones en la literatura y nos ha sido dable comprobar en algunos casos, no existiendo en tal caso una relación de causa a efecto;

3º En una cirrosis se pueden presentar ictericias hepato-celulares, o de otra causa, transitorias;

4º Finalmente, es necesario recordar que existen casos de hepatitis infecciosas que no presentan ictericia; estos casos son cada día más frecuentes porque se los busca mediante la clínica y se han podido comprobar alteraciones funcionales y anatómo-histológicas similares a las de las formas ictericas.

Situándonos en el marco objetivo en que hemos tratado de encuadrar esta presentación, pasaremos una revista de conjunto a los casos de cirrosis en el niño que hemos logrado reunir en el Hospital Roberto del Río, en el correr de los años, estudiando aproximadamente la posibilidad de la intervención de la hepatitis infecciosa en su génesis.

Para su estudio hemos debido recurrir a divisiones y clasificaciones, que desde ya reco-

nocemos imperfectas y discutibles en algunos aspectos, como la mayoría de los intentos hechos al respecto. En primer lugar, dividimos nuestro material en dos grandes grupos, de niños menores de 4 años y de niños mayores de esa edad; esta división no es, a nuestro juicio, simplemente cronológica, sino que se basa en francas diferencias en la sintomatología, evolución y aún en la etiología de la dolencia. Ciertamente que en algunos casos estas diferencias no son tan precisas como en otros y además es evidente que en algunos casos de niños mayores la afección se ha iniciado antes de los 4 años, siendo o no reconocida a esa edad.

Entre los niños menores de 4 años hemos logrado reunir 34 casos. Mencionaremos algunos tipos de ellos:

1º Un caso de cirrosis inicial secundaria a una enfermedad hemolítica del recién na-

cido con 8,3% directa. Fallece a los pocos días y su autopsia muestra un hígado aumentado (172 gramos) de color verde oscuro, de consistencia aumentada y de superficie de corte barroso. Su examen histológico (Microfotografía Nº 1) junto a las alteraciones propias de la eritroblastosis, demuestra un aumento del retículo y franco desarrollo inicial de tejido conjuntivo fibroso.

Aunque brevemente, hemos querido presentar este enfermo con algún detalle mayor que los casos siguientes, porque es el único caso de enfermedad hemolítica del recién nacido en que encontramos un desarrollo franco y difuso del tejido conjuntivo fibroso, indicando la iniciación de una cirrosis. En las escasas publicaciones sobre este tipo de cirrosis podemos ver que el desarrollo de tejido conjuntivo fibroso es tanto mayor cuanto más larga es la supervivencia del paciente; así nos explicamos la singu-

Microfotografía Nº 1

cido. Se trata de un lactante, 5º hijo de la familia, que desde el 4º día de edad presenta ictericia intensa y palidez progresiva. Concorre al consultorio externo del hospital a los 22 días, se comprueba gran anemia, ictericia, hepato y esplenomegalia pronunciadas. Su hemograma muestra 25% de eritroblastos; se comprueba incompatibilidad sanguínea materno-infantil y sensibilización materna. Hay franca coluria y acolia de sus deposiciones; su bilirrubinemia alcanza a 13,7%

laridad de este caso entre las múltiples autopsias de enfermedad hemolítica del recién nacido practicadas en el servicio, que en su totalidad restante se refiere a niños de muy pocos días de edad. Sin embargo, debemos recordar que se puede encontrar ya tempranamente y aún desarrollarse durante la vida intrauterina, como el caso de Henderson que se refiere a un feto. Igualmente es posible que mejorando las condiciones generales del paciente el desarrollo y evolución del proceso cirrótico se

complete, como encontramos algunas descripciones.

Como se comprende en este tipo de cirrosis no juega ningún papel la hepatitis infecciosa, que es la que en este momento nos preocupa.

2º Cirrosis biliar obstructiva. A este grupo pertenecen 13 casos; en 10 de ellos la obstrucción es debida a malformación del árbol biliar y en 3 se trata de obstrucción causada por adenopatías que obstruyen las vías biliares. En estos 3 últimos casos además de los signos de obstrucción biliar encontramos signos generales infecciosos y marcadas manifestaciones de tipo inflamatorio y degenerativo en el hígado: es por lo tanto evidente la participación de un componente infeccioso en su génesis, que por las manifestaciones generales y otros hallazgos necrópsicos no se puede referir al virus de la hepatitis infecciosa. Al hacer esta afirmación debemos señalar que no desconocemos algunas publicaciones en que se argumenta que aún las hepatitis producidas en el curso de infecciones generales diversas son producidas por este virus, pero nos parece que hasta la fecha carecen de base segura.

Todos los casos considerados tuvieron comprobación anatómica y fallecieron antes del 49 mes de vida.

3º Cirrosis biliar del menor de 4 años, de evolución rápida. A este grupo pertenecen 14 casos, su edad varía de 29 días (1 caso) a 3 años. Sus características clínicas son dadas por la edad, ictericia permanente y progresiva, cuadro infeccioso general pronunciado, compromiso general y evolución rápida hacia la muerte. En efecto, de los 14 casos considerados, 13 fallecieron en plazos que variaron entre 10 y 75 días después de iniciadas sus manifestaciones; uno solo de ellos ha sobrevivido buen tiempo y en condiciones satisfactorias, probablemente por el tratamiento a que fué sometido una vez reconocida su afección (cortisona). En su estudio histológico llama la atención el gran desarrollo de tejido conjuntivo fibroso, la gran proliferación de conductillos biliares, los intensos infiltrados de inflamación crónica, la retención biliar y las profundas alteraciones del tejido parenquimatosos que se encuentra en muy pequeña cantidad y reducido a pequeños islotes, sea macizos o en forma de rosetas con un lumen central; hay diversos grados de degeneración y aspecto sinicial en algunos grupos celulares. (Microfotografía Nos 2 y 3).

Sin entrar en la anatomía macroscópica, ni en el estudio de los diversos factores que pro-

Microfotografía Nº 2

Microfotografía Nº 3

bablemente condicionen este tipo de evolución, indicaremos que aquí nos parece indiscutible que la afección es consecutiva a una hepatitis. Ahora, si esta hepatitis es causada por el virus de la hepatitis infecciosa, o no, la cuestión ya resulta más difícil de contestar afirmativamente para todos los casos, ya que en uno de ellos encontramos múltiples localizaciones de una sepsis y en otro una tuberculosis concomitante, en los 12 restantes, sin embargo, se hace muy probable que el cuadro se haya desarrollado a partir de una hepatitis infecciosa.

4º Entre los menores de 4 años encontramos 9 casos de cirrosis que podemos denominar de tipo portal, carencial y de cirrosis gra.a. En ninguno de ellos encontramos antecedentes o cuadro icterico que hagan pensar en hepatitis infecciosa. Su aspecto clínico es el de una distrofia carencial con hepatomegalia pronuncia-

da y dura. Sus antecedentes alimenticios comprueban ampliamente una carencia exógena; en 2 esta carencia exógena no es tan pronunciada, pero en ellos hay además una esclerosis pancreática que puede explicar el cuadro y en un 3º hay una serie de trastornos digestivos y gran tendencia al vómito que lo llevan igualmente a una carencia. Su anatomía patológica demuestra la existencia de una fuerte infiltración y degeneración grasa con desarrollo de tejido conjuntivo, más o menos abundante, que engloba pseudolobulillos de células hepáticas.

Microfotografía N° 4

Este grupo, mediante el empleo de biopsias por punción y estudio funcional del hígado, seguramente será cada día más numeroso, ya que hasta la fecha probablemente son numerosos los casos inadvertidos y no diagnosticados, porque su cuadro clínico corresponde a una distrofia carencial y fuera de una hepatomegalia pronunciada con muy discreto aumento de la circulación colateral, no hay mayores signos que permitan diagnosticar con certeza la afección. Como vemos, en este grupo, no es posible pensar en una influencia de la hepatitis infecciosa.

Hasta la fecha hemos logrado reunir 34 casos de cirrosis en niños mayores de 4 años, que corresponden a diversas formas anatomoclínicas. Aunque repetimos que no existe una clasificación de estos cuadros que satisfaga todas las exigencias, hemos separado los casos observados en lo siguientes grupos: 1. Cirrosis biliares, 10 enfermos; 2. Cirrosis portales, 20 enfermos; 3. Cirrosis macronodulares, 2 enfermos; 4. Cirrosis esplenomegálica, 1 enfermo; 5. Síndrome hepato-lenticular, 1 enfermo.

La diferencia entre las cirrosis biliares y portales, nítida en algunos casos por el cuadro clínico y anatómico, en otras ocasiones no es tan precisa, resultando difícil un encasillamiento inobjetable de un determinado enfermo; son las formas mixtas, que para este estudio no hemos dejado en grupo aparte.

En dos casos de cirrosis biliar las alteraciones anatómicas encontradas (quistes hidatídicos infectados y malformación congénita) no ofrecen dudas sobre una etiología distinta a la hepatitis infecciosa. En los ocho restantes el cuadro se inició como una hepatitis infecciosa intensa y prolongada, pero en que el cuadro se mantiene y, con o sin remisiones incompletas y temporales, después de plazos, que varían de un caso a otro van al cuadro de una cirrosis. De estos últimos sobreviven al momento tres, entre 6 meses y 3 años. Los 5 restantes han fallecido; en dos de ellos la anatomía patológica reveló la existencia de una tuberculosis diseminada concomitante que no comprometía especialmente el hígado; en los otros 3 no se encuentra ninguna asociación mórbida, ni antecedentes de intoxicaciones, infecciones, ni de carencia nutritiva que permitan otra explicación etiológica precisa. Por lo tanto en seis enfermos de este grupo es relativamente probable que la hepatitis infecciosa haya jugado algún papel en su producción.

Entre los 20 casos de cirrosis de tipo portal encontramos antecedente de ictericias transitorias anteriores, que pueden ser interpretadas como hepatitis infecciosa, en 7 de ellos: uno presenta cuadro icterico de un mes de duración, atendido por un médico del servicio, cinco meses más tarde ingresa al Hospital por una ascitis moderada de reciente producción, fallece el mismo día de su ingreso de una gran hemorragia digestiva, la autopsia muestra una cirrosis hepática plenamente constituida. En un segundo caso la paciente presenta cuadro icterico de 20 días de duración, nueve meses más tarde fallece de una tuberculosis pulmonar grave concomitante, la autopsia muestra una cirrosis hepática. En los cinco enfermos restantes la cirrosis hepática es comprobada entre 3 meses y 7 años después de la ictericia inicial. De tal modo que en este grupo es posible esta etiología en 7 casos.

Merecen especial mención los dos casos de cirrosis macronodular en que encontramos 2 y 3 cuadros ictericos transitorios, que se produjeron 2 y 4 años respectivamente antes de su fallecimiento. Como vemos también en estos dos enfermos es probable esta etiología:

en uno de ellos el primer episodio icterico fué observado en el servicio y su cuadro clínico correspondía a una hepatitis de evolución más prolongada que la habitual.

Finalmente, hay otros casos (2) en que no hubo cuadro icterico, pero en que se comprobaron con anterioridad alteraciones generales y pronunciada hepatomegalia, que sugieren la hipótesis de una hepatitis de forma anictérica.

Forzados por el tiempo y el espacio disponible terminamos esta presentación con el deseo de haber mostrado en forma panorámica algunos hechos notorios sobre los casos de hepatitis infecciosa observados entre nosotros y la posible importancia de esta afección en la etiología de los casos de cirrosis hepática que hemos logrado reunir entre los niños atendidos en el Hospital Roberto del Río.

Conclusiones

1. La hepatitis infecciosa se presenta entre nosotros en forma endémica. En los últimos 11 años han concurrido anualmente al Consultorio externo del Hospital Roberto del Río entre 60 y 100 niños con esta afección;

2. La mayor frecuencia corresponde a los meses de marzo, abril y mayo;

3. Más del 80% se encuentran en 1 y 6 años de edad;

4. Se estudia la incidencia de esta afección en 2.000 niños escolares de la ciudad de Santiago durante el presente año y se comprueba que en los niños de 6 años enferma un 7%, en los niños mayores el 1,2 a 3,5%. Siendo el número de niños de 6 años estudiados en esta encuesta muy escaso, la cifra obtenida no es estadísticamente significativa;

5. Se estudia la sintomatología del período pre-ictérico e icterico, sin que se pueda señalar nada que se aparte de los conocimientos clásicos de esta enfermedad;

6. El pronóstico de esta afección es muy benigno. Habiéndose atendido 850 casos de hepatitis infecciosa durante los últimos 11 años, solamente se han registrado 5 casos de degeneración difusa aguda del hígado;

7. Se estudia el estado actual de 57 niños que han tenido hepatitis infecciosa entre 6 meses y 4 años antes de la encuesta y se comprueban alteraciones clínicas o de laboratorio en 44 de ellos. El escaso número de niños y otras circunstancias hacen que no se puedan sacar conclusiones firmes de los datos obtenidos, pero en todo caso se señala la posibilidad de daño hepático persistente en estos pacientes;

8. Se revisan 68 casos de cirrosis observados en el servicio los últimos 15 años. De ellos en 15 la afección parece ser secundaria a una hepatitis aguda y en 16 esta etiología es solamente posible.