



Infecção

Hepatite Viral aguda

Eleonora Druve Tavares Fagundes, Alexandre Rodrigues Ferreira, Paula Valladares Guerra Resende

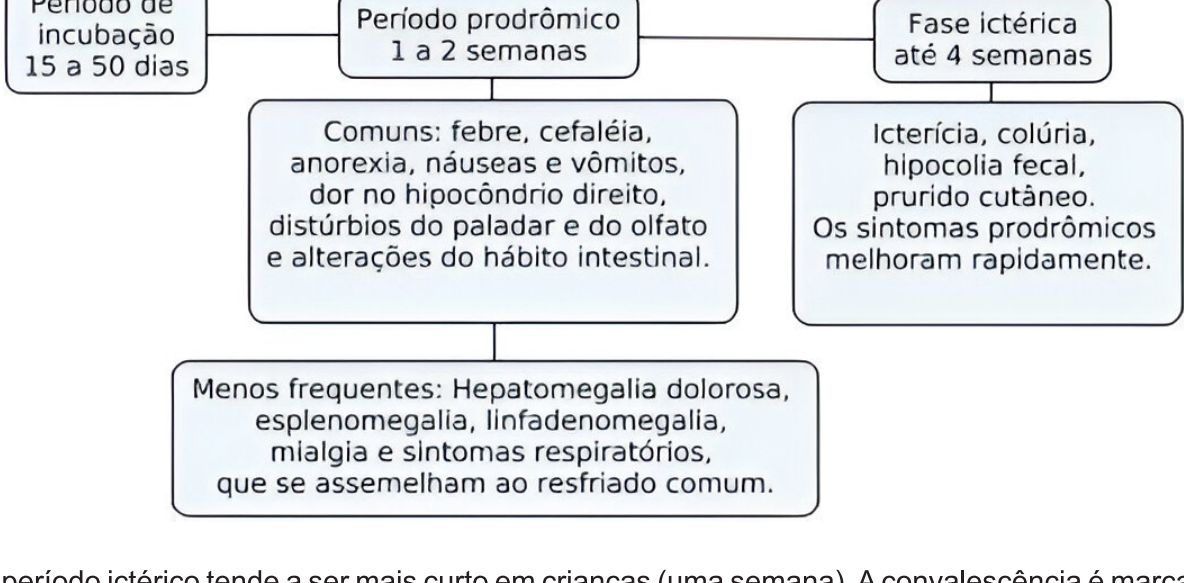
Introdução

A **hepatite aguda** é caracterizada por início súbito de icterícia, dor abdominal, náuseas, vômitos e febre. Estes sintomas podem variar em gravidade e ocasionalmente, pode ocorrer progressão para falência hepática aguda e necessidade de transplante hepático. A maioria dos casos na infância é causada por vírus. Por sua vez, o termo **hepatite viral** refere-se aos cinco vírus com tropismo primário para o tecido hepático (denominados vírus A, B, C, D e E) responsáveis por mais de 90% dos casos de hepatite aguda. Vírus não hepatotrópicos, como febre amarela, dengue, Epstein-Barr, adenovírus, herpes vírus, citomegalovírus entre outros, também podem causar hepatite aguda. É possível que outros vírus sejam responsáveis pelas causas não identificadas de hepatite aguda.

Quais são as manifestações clínicas?

As hepatites agudas virais podem se manifestar na forma anictérica, icterica, até a forma grave de falência hepática aguda. Pode ainda cursar como soroconversão assintomática ou quadro viral anictérico inespecífico, com mal-estar, fadiga, náuseas e perda do apetite. Os vírus A e E são associados apenas às manifestações agudas. Os vírus B, C e D podem cursar com infecção crônica, habitualmente assintomática até que haja acometimento hepático extenso.

Como regra geral, quanto mais jovem o paciente, menos aparente é a infecção; no caso da hepatite A, 85% das crianças menores de dois anos são assintomáticas, enquanto 76 a 97% dos adultos têm quadro clínico evidente. Para os pacientes com quadro clínico clássico, podemos dividir o curso da doença em períodos apresentados na figura 1.



O período icterico tende a ser mais curto em crianças (uma semana). A convalescência é marcada pela melhora dos sintomas, da icterícia e das aminotransferases. Nos casos da hepatite A e E, há normalização das enzimas hepáticas e cura. Na hepatite B, infecção adquirida no período perinatal ou precocemente na infância torna-se crônica em 90 e 30% dos casos, respectivamente. Em crianças maiores, esta taxa varia de 5 a 20%.

É importante ainda investigar sinais e sintomas de gravidade, como alteração do comportamento, ritmo do sono e sangramento.

O que investigar na história pregressa e familiar?

- Procedência de áreas endêmicas de hepatite B e D; • contato domiciliar ou na escola e creche com indivíduos doentes; portadores de hepatite na família;
- história de transfusão e procedimentos invasivos;
- quadro anterior de icterícia, pois hepatopatias crônicas podem se manifestar simulando quadros repetidos de “hepatite aguda”;
- uso de medicamentos ou drogas: importante detalhar qualquer uso de medicações, inclusive chás e fitoterápicos; uso de paracetamol associado a álcool.

O que investigar no exame físico?

Sinais de hepatopatia crônica (fígado de consistência aumentada, telangiectasias, eritema palmar) podem indicar outras doenças hepáticas que não hepatite aguda viral. Na hepatite aguda, o fígado é em geral aumentado, doloroso, mas não de consistência aumentada. Atenção especial deve ser dada a diminuição da hepatimetria, que pode indicar falência hepática. Esplenomegalia é mais frequente nos quadros agudos e crônicos.

Quais exames solicitar na abordagem inicial?

- Aminotransferases - aumentam durante a fase prodrômica, uma semana antes do início da icterícia, com pico (20 vezes os valores de referência) quando surge a colúria. Aminotransferases pouco elevadas na fase inicial da doença virtualmente excluem o diagnóstico de hepatite viral aguda; no entanto, seus níveis tendem a cair rapidamente, normalizando em uma a duas semanas na hepatite A. Na hepatite B, as enzimas podem permanecer alteradas por até seis meses. Os níveis de elevação das aminotransferases não se correlacionam com a gravidade da doença, e mesmo os casos assintomáticos cursam com altos títulos de enzimas hepáticas. Quedas abruptas associadas a piora do quadro geral e encefalopatia estão associadas a evolução para falência hepática.
- fosfatase alcalina, gamaglutamil-transferase, bilirrubinas • albumina e coagulograma: prolongamento no tempo de protrombina acompanha os quadros mais graves quando a síntese hepática está significativamente comprometida, sendo um importante para avaliação de falência hepática. Nessas condições, a resposta à administração de vitamina K parenteral é, em geral, insatisfatória.
- Sorologia: vírus hepatotróficos (Quadro 1) e não-hepatotróficos: de acordo com a suspeita clínica.

No diagnóstico diferencial, devem ser consideradas e afastadas as hepatites por outros agentes virais (dengue e febre amarela, prevalentes no nosso meio, entre outros), hepatite medicamentosa ou por drogas, coledocolitíase (avaliar ultrassonografia hepática), abscesso hepático e as hepatopatias crônicas (hepatite autoimune, doença de Wilson) que podem se manifestar simulando um quadro agudo ou após descompensação de um quadro crônico prévio após um insulto agudo sobreposto.

Quadro 1 – Testes diagnósticos das hepatites agudas virais

Marcadores virais	Significado	Janela Diagnóstica
Anti- VHA IgM	Infecção aguda pelo vírus da hepatite A	5 a 10 dias (podem ser indetectáveis após fase aguda)
HBsAg	Infecção aguda pelo vírus da hepatite B	HBsAg – 30 dias
HBeAg Anti-HBc IgM		Anticorpos – 30 a 60 dias
Anti-VHC VHC-RNA (PCR)	Infecção pelo VHC	Anticorpos – 30 a 60 dias PCR – 22 dias
Anti-VHD IgM	Infecção aguda pelo vírus da hepatite D Simultâneo com os marcadores da hepatite B	84 dias
Anti-VHE IgM VHE-PCR	Infecção aguda pelo vírus da hepatite E	14 dias

VHA – vírus da hepatite A, VHB – vírus da hepatite B; VHC – vírus da hepatite C; VHD – vírus da hepatite D; VHE – vírus da hepatite E.

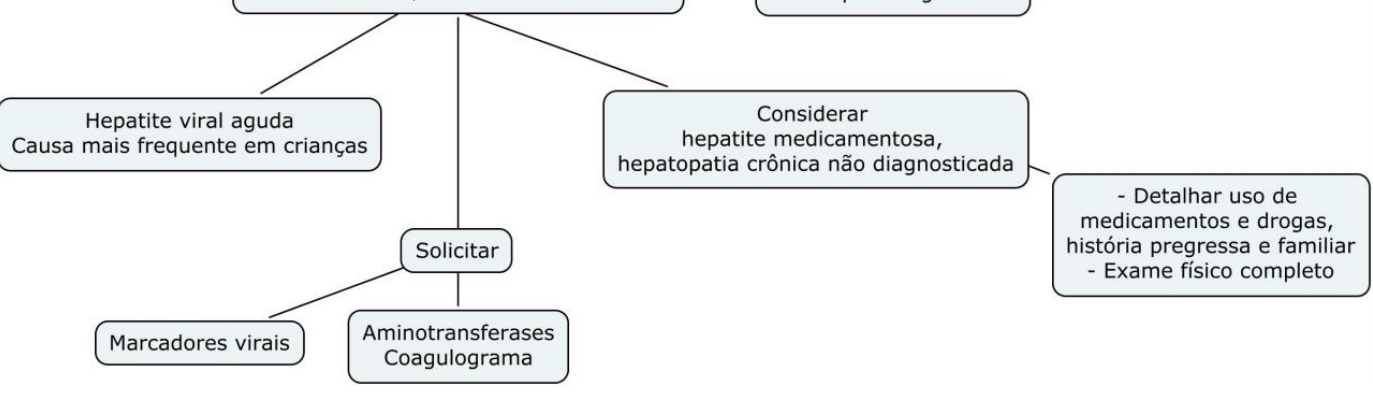


Figura 2 – Fluxograma para abordagem da hepatite aguda

Como tratar?

A abordagem dos pacientes com hepatite aguda viral baseia-se em medidas de suporte, evitando exposição a novos agentes hepatotóxicos e na observação da evolução do quadro, a fim de detectar precocemente casos que possam evoluir para falência hepática aguda. Todos os casos devem ser notificados.

O tratamento da hepatite aguda viral a princípio é ambulatorial e baseia-se no repouso relativo. Não são recomendadas modificações dietéticas. Os familiares devem ser alertados para mudanças de comportamento ou do padrão do sono.

Na hepatite A, a melhora clínica ocorre em poucas semanas e a normalização laboratorial em poucos meses. Os escolares e adolescentes podem retomar suas atividades assim que se sentirem bem, pelo menos uma semana após o início dos sintomas, quando já se superou a fase de excreção fecal do vírus, tornando a transmissão da doença bastante improvável.

Todos os pacientes devem ser acompanhados com o objetivo de reconhecer a evolução para falência hepática. Alteração no coagulograma, queda abrupta nos valores de aminotransferases, bilirrubinas acima de 15 mg/dl e albumina menor que 2,5 mg/dl estão associadas a pior prognóstico. A hospitalização fica reservada para quadros acentuados de vômitos, coagulopatias graves, sinais de encefalopatia hepática e outras situações de risco.

Os casos de hepatite B e C devem ser discutidos e acompanhados com especialista.

É possível prevenir?

Países com rotina de imunização infantil observaram reduções significativas na incidência de hepatite aguda pelo vírus A e B.

As condições sanitárias adequadas e bons hábitos de higiene são o foco central na prevenção da hepatite A e E, especialmente em ambientes de possível exposição, como creches e aglomerados populacionais.

A vacina contra a hepatite A é a forma preferida de proteção. Ela tem alta efetividade. São indicadas, de modo geral, duas doses com intervalo de seis meses, a partir de um ano de idade. Atualmente, o Ministério da Saúde (MS) disponibiliza a vacina em dose única, aos 15 meses de vida. Nesse ano de 2025 foi observado aumento de caso em adultos o que levou o MS ampliar a vacinação em grupos específicos.

Para os casos pós-exposição, em maiores de um ano, sem história de imunossupressão ou de doença hepática crônica, a vacina também pode ser utilizada até duas semanas após o contato. Para menores de um ano, imunocomprometidos ou com doença hepática crônica, a imunoglobulina deve ser indicada até duas semanas após a exposição.

Para a hepatite B, recomenda-se a vacinação universal ao nascimento nas primeiras 12 a 24 horas de vida. Em caso de esquema vacinal incompleto, é indicado completar as três doses preconizadas, não sendo necessário reiniciar o esquema.

Durante a gravidez, o perfil sorológico da hepatite B deve ser realizado de rotina, entre os exames de pré-natal. Se a mãe é HBsAg positivo, a criança deve receber a vacina e a imunoglobulina, em locais diferentes, nas primeiras 12 horas de vida, sendo o aleitamento materno liberado. Aos 6 meses, se HBsAg negativo, faz-se a última dose da vacina. Sendo positivo, indica falha e necessidade de monitoramento para hepatite crônica. A profilaxia inclui ainda precauções universais ao lidar com sangue e secreções e uso de preservativos nas relações sexuais.

Para hepatite C, não há consenso para triagem de rotina em gestante e nem recomendação de parto cesáreo.

Embora o vírus tenha sido detectado no leite humano, não há casos documentados de infecção por esta via e, portanto, não há contraindicações, até o momento, para a amamentação. A decisão sobre a amamentação deve ser compartilhada.

Há persistência de anticorpos maternos contra o VHC até os 18 meses de idade, assim para diagnóstico da transmissão vertical do vírus deve-se utilizar exames de detecção de ácido nucleico viral (PCR VHC).

FAGUNDES, E.D.T.; FERREIRA, A.R.; KAKEHASI, F. M. . Hepatite viral aguda. In: Vasconcelos, Marcos Carvalho de; Ferreira, Alexandre Rodrigues; Oliveira, Benigna Maria de; Alves, Claudia Regina Lindgren; Alvim, Cristina Gonçalves. (Org.). Enio Leão - Pediatria Ambulatório. 6ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2022, v., p. 893-904.