Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):32

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1952 - ICTERICIA EN ADULTO. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

P. Usamentiaga Ortiz[a], M.C. Martínez Pérez[b], J. Juan Armas[c], M. Esparza Escayola[d], Á. García-Lago[e] Sierra, E. Oria Salmón[f], S. Alonso Renero[f], M. de la Torre Ovejero[e], C. Bonnardeaux Chadburn[g] y M.L. Martín Goujat[h]

[a]Médico de Familia. Centro de Salud Mataporquera. Cantabria. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo Interior. Cantabria. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Camargo. Cantabria. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Matamorosa. Cantabria. [e]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. [f]Médico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Cantabria. [g]Médico de Familia. Centro de Salud Los Valles. Mataporquera. [h]Médico de Familia. Centro de Salud Gama. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 85 años bebedor de 40 gramos etanol/día sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta de AP por ictericia súbita indolora de 2 días con prurito asociado. Niega estar tomando fármacos. Insistiendo en la anamnesis, el paciente recuerda que los 15 días previos ha estado tomando amoxicilina- clavulánico que se lo pautó el dentista por un flemón dental. Tras la exploración y anamnesis se deriva a Urgencias donde deciden ingreso en Digestivo.

Exploración y pruebas complementarias: Destaca ictericia cutánea y de mucosas. En la analítica destaca un aumento de la bilirrubina y todas las transaminasas (GOT 227 U/I, GPT 325 U/L, GGT 842 U/L, fosfatasa alcalina 949 U/L, bilirrubina directa 8,2 mg/dl, amilasa 88 U/L). Tac abdominal: hígado con parénquima homogéneo, no dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Páncreas normal, vesícula sin litiasis. Serologías de virus negativos (VHA, VHB, VHC, VHD, VHD, CMV, VEB, VVZ). Anticuerpos anti-músculo liso, anti-nucleares, anti-mitocondrias, anti-peroxidasa y anti-proteína 3 negativos.

Juicio clínico: Hepatitis tóxica secundaria a amoxicilina-clavulánico.

Diagnóstico diferencial: Entre las ictericias con bilirrubina elevada y transaminasas normales (trastornos hemolíticos, síndrome de Gilbert...) y las ictericias con bilirrubina elevada y transaminasas elevadas (patrón de hepatolisis: hepatitis víricas, hepatitis tóxicas...y/o patrón colestásico: litiasis, neoplasia páncreas...).

Comentario final: Descartando la patología biliopancreática y el origen vírico, dada la relación causa-efecto, probablemente se trate de una hepatitis farmacológica. El antecedente del tratamiento con amoxicilina-clavulánico es clave. Es importante la anamnesis, los pacientes "olvidan" hacer referencia a las visitas a otros especialistas que les prescriben fármacos que no se tienen en cuenta a la hora de realizar la historia del paciente y pueden ser responsables de efectos adversos. La causa tóxica supone 4-10% de los casos de ictericia ingresados en un hospital general y 20% si son pacientes geriátricos. Los antibacterianos, los AINES y los anticonvulsivantes son los implicados con

más frecuencia, y la amoxicilina -clavulánico es el compuesto causante de hepatotoxicidad más frecuente.

Bibliografía

1. Barbagelata C. Ictericia. Fisterra, 2011.
2. Andrade RJ. Hepatitis tóxica. En: Montoro M, eds. Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica, 2ª edición. Almirall. p. 735-46.

Palabras clave: *Ictericia. Hepatitis tóxicas. Amoxicilina-clavulánico.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.