



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 264/146 - HEPATITIS A; A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Sánchez Hernica<sup>a</sup>, E. Calatrava López-Ronco<sup>b</sup>, E. Sicilia Barea<sup>c</sup>, I. Villalobos Millán<sup>d</sup>, A. Terrón Sánchez<sup>d</sup> y M. Rojas Martínez<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias Málaga. <sup>c</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Andrés-Torcal. Málaga. <sup>d</sup>Centro de Salud Teatinos-Colonia Santa Inés. Málaga. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Tiro de Pichón. Málaga.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 33 años, sin antecedentes personales de interés. Acude a consulta por malestar generalizado, odinofagia, cefalea biparietal, astenia y sudoración de 4 días de evolución. Sensación febril sin termometrar. Dolor abdominal generalizado, sin alteración en el hábito intestinal. Orinas oscuras, sin síndrome miccional asociado. Niega hábitos tóxicos ni relaciones sexuales de riesgo. Último tatuaje realizado hace más de un año. Relata ingestión de hamburguesa en puesto ambulante hace dos días.

**Exploración y pruebas complementarias:** A la exploración, BEG, COC, BHyP, eupneico en reposo. Afebril. CyC: faringe normal. Otoscopia bilateral normal. ACR: MVC, no roces ni ruidos sobreañadidos. Tonos rítmicos sin soplos. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa. No masas ni megalias. No signos de irritación peritoneal. Se diagnostica de cuadro viral, y se pauta paracetamol. Tres días después, paciente acude nuevamente a consulta por empeoramiento de su estado general, con cefalea, vómitos de contenido biliosos, deposiciones blandas sin productos patológicos, y orinas colúricas. Ictericia cutánea y conjuntival. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación difusa, de predominio en hipogastrio. No masas ni megalias. Murphy dudoso, no otros signos de irritación peritoneal. Antes estos hallazgos, se decide derivación a urgencias hospitalarias para realización de pruebas complementarias. AS: hemograma normal. Coagulación: TP 66%, INR 1,25. BQ: gluc 103 urea 15 cr 0,73 amilasa 45 LDH 905 AST 2162 Bt 5,2 (BD 4,37) PCR 18,9. Gasometría venosa normal. Ao: bilirrubina +, urobilinógeno +, Cuerpos cetónicos +, leucocitos 25, hematíes 150, nitritos +. Ecografía abdomen: hígado de tamaño normal, con ecogenicidad homogénea, sin lesiones ocupantes de espacio ni dilatación de la vía biliar. Vesícula de tamaño y grosor de pared normal, sin cálculos. Vena porta y colédoco de diámetros normales. Esplenomegalia de 14,4 cm con ecogenicidad homogénea. Ambos riñones presentan situación, tamaño y grosor de parénquima normales. No imágenes de cálculos ni ectasia pielocalicial. Páncreas no visible por meteorismo. Aorta de diámetro normal. No líquido libre intraperitoneal. Vejiga poco replecionada. Ante estos resultados, se decide realización serología de virus hepatotropos, y alta domiciliaria con control de parámetros hepáticos. A las dos semanas, paciente acude a consulta para realización de analítica de control. AS: hemograma normal. Coagulación: TP 104%, INR 0,67. Glucosa 91 creatinina 0,84 AST 48, ALT 217, GGT 137 BT 1,36. Ao: anodina. Serología: hepatitis A IgG +, hepatitis A IgM +. AgHBs -, Anti-HBc (IgG+IgM)-, Anti-Hbs +. Hepatitis C -. CMV IgG e IgM -. VEB IgG e IgM-.

**Juicio clínico:** Hepatitis vírica aguda por hepatitis A.

**Diagnóstico diferencial:** Viriasis, cólico biliar, hepatitis reactiva inespecífica, hepatitis autoinmune, hepatitis inducida por fármacos.

**Comentario final:** Ante un paciente con sospecha de hepatitis aguda A, es muy importante explorar los posibles factores desencadenantes (relaciones sexuales de riesgo, ingesta de alimentos contaminados...) y monitorizarla función hepática, vigilando signos de alarma (tiempo de protrombina 60%, presencia de encefalopatía (asterixis) y presencia de ascitis).

## Bibliografía

1. Bell BP, Shapiro CN, Alter MJ, Moyer LA, Judson FN, Mottram K, Fleenor M, Ryder PL, Margolis HS. The diverse patterns of hepatitis A epidemiology in the United States-implications for vaccination strategies. *J Infect Dis.* 1998;178(6):1579-84.