

329/12 - HEPATITIS ALCOHÓLICA AGUDA, LA GRAN URGENCIA DEL ALCOHOL

O. Casanueva Soler¹, P. López Alonso Abaitua², M. Cobo Rossell³, R. Correa Gutiérrez¹, M. Alonso Santiago¹, L. Rodríguez Vélez⁴.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria.³Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria.⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 62 años que acude al servicio de Urgencias por MEG y vómitos. Fumador de 1 pq/día y bebedor de >80 g de alcohol diarios. Dislipemia en tratamiento con estatinas. IQ: hernia inguinal derecha hace 12 años. El paciente acude acompañado de un camarero del bar donde comenzó a encontrarse mal, quien refiere una ingesta de alcohol mayor a la habitual por desengaño amoroso (al menos se ha tomado 7 copas de whisky con Coca-Cola y otras tantas cervezas). Nos informa que el paciente ha empezado a sentirse mal, con dolor abdominal, náuseas y dos vómitos de contenido alimentario.

Exploración y pruebas complementarias: TA 100/70 mmHg, FC 80 lpm, Temp 37,5°C, SatO₂ 94%, FR 16 rpm. MEG, ebrio, ictericia mucocutánea, delgadez. PVY normal, no bocio, no adenopatías, mala higiene bucal. AC: rítmico sin soplos. AP: MVC. Abdomen: blando, depresible, hepatomegalia leve, molesto a la palpación en epigastrio y ambos hipocondrios, sin signos de irritación peritoneal, Murphy (-), no globo vesical, PPR bilateral (-). EEII: no edemas ni signos de TVP, pulsos pedios presentes. Neurológica: tendente al sueño, flapping, marcha ebria, poco colaborador. Resto normal. Analítica: -Hemograma: Hb 11,10 g/dl; VCM 98,2fL; ADE 15,20%. Leucocitos 14.900/?l (88% G). Plaquetas 55.000/mm³. -VSG 120 mm/h. - Coagulación: APT 39%, INR 1,98, APTT 40,10s. Tiempo de protrombina 40,1s (control 31,5s). - Bioquímica: albúmina 1,8 g/dl, BiT 7 U/l (BiD 5,2 U/l), GGT 186 U/l, GOT 112 U/l, GPT 57 U/l, LDH 408 U/l, colesterol 69 mg/dl, PCR 106 mg/dl. Rx tórax y abdomen anodinas.

Juicio clínico: Hepatitis alcohólica aguda.

Diagnóstico diferencial: Descompensación aguda de una hepatopatía crónica etílica. Hepatitis por tóxicos. Hepatitis vírica aguda o fulminante. Colestasis por obstrucción de la vía biliar.

Comentario final: Urgencias y Atención primaria son la puerta de entrada de mucha patología aguda relacionada con el alcohol, no siempre banal. La hepatitis alcohólica aguda es una emergencia con una mortalidad muy alta si no se trata y con un tratamiento sencillo, que debe sospecharse siempre ante un paciente bebedor que hace un exceso. La clínica es muy inespecífica, con MEG, náuseas y vómitos, fiebre y dolor abdominal. La analítica debe hacernos sospechar ante un patrón de “mucha colestasis y de poca hepatitis”, con mucha bilirrubina, poca elevación de transaminasas y GOT>GPT. Se diagnostica fácilmente empleando el índice de Maddrey (IM), aunque el diagnóstico definitivo sería anatomo-patológico (la mayoría de las veces no es necesario). IM= 4,6 x (T. Protrombina paciente – T. Protrombina control) + Bi T. El tratamiento se iniciará si IM> 32 y es con metilprednisolona a dosis de 0,5 mg/kg peso/día. Actualmente se puede poner también N-acetilcisteína (como en todas las hepatitis agudas), por su efecto antiinflamatorio,

aunque no hay estudios concluyentes que muestren beneficios claros. La pentoxifilina no ha demostrado hacer absolutamente nada, aunque se sigue usando de segunda línea cuando fallan los corticoides. En nuestro paciente el IM fue de 46, con buena respuesta, disminuyendo la bilirrubina y mejorando la coagulación.

Bibliografía

-Asiedu DK, Ferri FF. Alcoholic hepatitis. En: Ferri FF, ed. Ferri's Clinical Advisor 2018. Philadelphia, PA: Elsevier; 2018:59-60.