Semergen. 2015;41 (Espec Congr):1873

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/1349 - Doctor, Tengo los ojos amarillos

R.C. Fuentes Mendoza[a], J.M. Comas Samper[b], V.R. Quinto Lechado[c], E.G. Laura Asilo[d], F.E. Rodríguez Almonte[e] y L.E. Minier Rodríguez[f]

[a]Residente de 4º año. Centro de Salud La Puebla de Montalbán. Toledo. [b]Médico de Familia. Centro de Salud Puebla de Montalbán. Toledo. [c]Médico Residente de 4º año. Centro de Salud Pedro de la Fuentes. Bargas. Toledo. [d]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santa Bárbara. Toledo. [e]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa María de Benquerencia. Toledo. [f]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria y Gerencia de Atención Primaria. Complejo Hospitalario de Toledo. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 20 años, presenta desde ayer dolor abdominal continuo, moderada intensidad, no irradiado, localizado en epigastrio e hipocondrio derecho, sin fiebre ni sintomatología dispéptica, deposición normal. No antecedentes patológicos reseñables ni por estilos de vida, calendario vacunal completo. Acude a la semana por dolor de vías altas, sin fiebre ni adenopatías, hiperemia, pautando Ibuprofeno 600 mg. A los diez días, vómitos persistentes, meteorismo y dispepsia, gastralgia, filiada como posible iatrogenia por ibuprofeno, pautando omeprazol-20 y metoclopramida, consultando de nuevo a los cuatro días por notar los "ojos amarillos".

Exploración y pruebas complementarias: En la primera visita, abdomen con peristaltismo normal, leve sensibilidad a la palpación en epigastrio, no se palpan masas, megalias, ni signos o síntomas de irritación peritoneal, Blumberg (-), Murphy (-), sin signos clínicos de alarma, pautando dieta blanda junto a metamizol y recomendaciones. En la siguiente visita, presenta sintomatología dispéptica, sin palpar masas ni signos o síntomas de irritación peritoneal, llegando a la última visita con debut de ictericia conjuntival y cutáneo-mucosa, coluria, estreñimiento sin acolia, hepatomegalia de dos traveses con ligero dolorimiento. Se solicitan análisis (sistemático de sangre, estudio de coagulación, sideremia, básico, bilirrubina total, directa e indirecta, GOT (AST), GPT (ALT), GGT, fosfatasa alcalina, CPK, serología de

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C y VIH); y ecografía abdominal preferente. Recoge análisis: bilirrubina total 4,17 mg/dl y directa: 2,98, ALT: 228 mU/Lt. AST: 678 mU/L, GGT 691 mU/L, serología de hepatitis A (-), hepatitis C (-) y hepatitis B (presencia de HBsAc positivo que denota inmunidad) descenso del tiempo de protrombina. Persiste ictericia con coluria, acolia y hepatomegalia de 3 traveses, dolor a la palpación y deterioro de estado general. ecografía abdominal: colestasis con molde de barro biliar y esplenomegalia. Derivado a hospital para completar estudio (análisis, TAC abdominal, colangioresonancia magnética, ecoendoscopia y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica), diagnóstico y tratamiento.

Juicio clínico: Colestasis intrahepática con cuadro de citolisis secundaria.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis de origen vírico. Fibrosis quística. Colangitis esclerosante primaria.

Comentario final: Existe un cuadro digestivo larvado, con aparición final de ictericia como signo de afectación hepática en un joven sin antecedentes reseñables en estilos de vida y hallazgos de una posible hepatitis viral. Ante un cuadro con ictericia, es importante desde el inicio en base a los resultados de análisis, accesibles desde Atención Primaria, discernir si existe un patrón puro de daño hepatocelular o de colestasis e indicación de ecografía, con ingreso hospitalario por la necesidad de completar estudio en base a la evolución tórpida y recuperación final. La serología descarta un origen vírico, hay elevación de bilirrubina mixta con predominio de conjugada, y el resto de enzimas hepáticas elevadas, que nos orienta a una ictericia con existencia de colestasis con citolisis secundaria. Se descartó una fibrosis quística mediante test de sudor y estudio genético, destaca la ectasia de la vía biliar intrahepática, colédoco normal y paso de barro biliar, sin visualizar conducto de Wirsung por cambios inflamatorios, solucionado mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, esfinterotomía endoscópica y limpieza de vía biliar con recuperación absoluta del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Herrero Santos J, Prieto Valtueña J. Ictericias. En: Rozman C, ed. Medicina Interna. 16ª ed. Barcelona: Elsevier; 2008. p. 305-13.

2. Barbagelata López C, Otero Palleiro M, Cámara Gómez M. Ictericia. Fisterra.com, Atención Primaria en la Red [sede web]. La Coruña: Fisterra.com; 1990- [última revisión 08 de abril 2011; Acceso 13 de julio de 2015]. Disponible en: http://www.fisterra.com/guias-clinicas/ictericia

3. Pérez Fernández T, López Serrano P, Tomás E, Gutiérrez ML, Lledó JL, Cacho G, et al. Abordaje diagnóstico y terapéutico del síndrome colestásico. Rev Esp Enferm Dig.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

2004;96(1):60-73.

4. Collares M, Valverde M, Fernández I, Ormaechea G. Colestasis intrahepática: un desafío diagnóstico. Arch Med Int. 2014;36(1):33-8.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.