



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/2727 - Vuelta a lo esencial

E. Marian Brigidano^a, M. Moreno González^a, V. Aranda Jiménez^b, A.M. Pozo Gallego^c, S. Molina Visús^c, A. del Caño Garrido^d, A. Píris Villaspesa^e, C. Correoso Pardo^f, N. Reyes Mena^g y A. Cózar Llistó^h

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Galapagar. Madrid. ^cMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Casa de Campo. Madrid. ^dMédico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan. Madrid. ^eMédico Residente de 2º año. Centro de Salud Torreloredones. Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda. Madrid. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo Estación. Madrid. ^gMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Abajón Las Rosas. Madrid. ^hMédico Residente de 3º año de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón 92 años sin hábitos tóxicos con antecedentes de HTA, dislipemia y miocardiopatía dilatada en tratamiento con enalapril, simvastatina y dabigatran acude a su centro de salud por ictericia de dos días de evolución sin otra clínica asociada (no fiebre, náuseas, dolor abdominal, prurito, ni síndrome constitucional). Niega viajes recientes.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general. A la exploración destaca ictericia de piel y esclerótica, junto con edema bimalear. Resto de exploración normal. Se decide suspender dabigatran y simvastatina y se solicita analítica con bioquímica, hemograma, coagulación y serologías. Esa misma tarde el paciente acude a urgencias de su Hospital para consultar por el mismo motivo, donde le realizan una analítica con bilirrubina 6,8 (0-1,1), FA 769 (40-128), GPT 250 (6,0-40), GOT 188 (6,0-40), GGT 657 (8,0-61,0), LDH 369 (40-128), PT 12 (16-20). La ecografía y el TC abdominal no revelan datos de colecistitis ni dilatación de vía biliar, no se objetivan LOES hepáticas ni otras masas abdominales. Se decide ingreso para estudio. Durante el ingreso las serologías virales y los estudios inmunológicos resultan negativos. Se objetiva remisión de la ictericia y descenso progresivo de bilirrubina y enzimas hepáticas desde retirada de dabigatran y simvastatina por lo que es dado de alta.

Juicio clínico: Colestasis intrahepática de origen farmacológico.

Diagnóstico diferencial: Ante un caso de ictericia nos debemos plantear en primer lugar la etiología puesto que puede ser debida a varios factores (carotenos, exposición a dinitrofenol, atebina, anemia, hiperbilirrubinemia...). Un dato importante es la coloración escleral ya que la bilirrubina es el único pigmento capaz de teñir la esclera. Entre las posibles causas de hiperbilirrubinemia debemos diferenciar si es de predominio indirecto o directo. Si se tratara de hiperbilirrubinemia indirecta tendríamos en cuenta un proceso hemolítico, que se acompañaría de astenia, palidez y orinas colúricas; sepsis que podríamos descartar ya que se encuentra afebril y hemodinámicamente estable; o enfermedades hereditarias como Gilbert que cursa con ictericia intermitente. Ante una hiperbilirrubinemia directa deberíamos pensar en hepatitis agudas pero las serologías resultaron negativas. También debemos diferenciar si se trata de colestasis intra o extrahepática. Entre las de origen extrahepático dada la edad del paciente deberíamos descartar tumores o cálculos, pero no

presentaba síndrome constitucional asociado, la ecografía era normal y la elevación predominante de FA orienta el cuadro hacia colestasis intrahepática. Entre éstas, dado el grupo epidemiológico y al tratarse de un paciente dislipémico pensamos en la cirrosis biliar primaria y la colangitis esclerosante, pero que en base a la clínica descartaríamos por ausencia de síntomas típicos como prurito, xantelasmas o dolor abdominal. Uno de los efectos adversos del dabigatrán y la simvastatina es la elevación de transaminasas y bilirrubina que puede ser causante también de disfunción hepática al sufrir un intenso primer paso hepático.

Comentario final: Una buena anamnesis y exploración física son la clave para hacer un diagnóstico diferencial correcto. Muchas de las pruebas de imagen o parámetros clínicos que se solicitan se podrían evitar si tan sólo el médico pudiese dedicar el tiempo que fuese necesario para llegar al diagnóstico certero.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan MM. Alkaline phosphatase. *Gastroenterology*. 1972;62:452.
2. Alvaro D, Benedetti A, Marucci L, et al. The function of alkaline phosphatase in the liver: regulation of intrahepatic biliary epithelium secretory activities in the rat. *Hepatology*. 2000;32:174.
3. Lee WM. Drug-induced hepatotoxicity. *N Engl J Med*. 2003;349:474.
4. Chang CY, Schiano TD. Review article: drug hepatotoxicity. *Aliment Pharmacol Ther*. 2007;25:1135.