Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):16

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3143 - Lo que se esconde tras la fiebre

V. Lumbreras González[a], J. Capón Álvarez[a], A.M. Tierra Rodríguez[b], B. Peleteiro Cobo[a], E. Méndez Rodríguez[a], J. Martínez de Mandojana Hernández[a], P. Dios Díez[c], L. González Coronil[b], R. Castillo[d] y O. Mahamoud Atoui[e]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [e]Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [c]Medicina Interna; [d]Digestivo. Hospital El Bierzo. Ponferrada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 43 años. Sin alergias ni hábitos tóxicos, bebedora social. Quistes ováricos y depresión. Tratamiento: lormetazepam, sertralina y desogestrel (desde hace 5 meses). Presenta fiebre alta, artralgias y náuseas de 3 días de evolución. Ha tomado paracetamol e ibuprofeno sin mejoría. No refiere ingesta de tóxicos ni viajes recientes. Tras una valoración inicial anodina se deriva a urgencias hospitalarias para realizar pruebas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 135/85; FC: 112 lpm. SatO2: 97% Consciente, bien perfundida e hidratada. ACP: rítmica, sin soplos. MVC. Abdomen y extremidades inferiores sin hallazgos. Analítica: Bioquímica: GOT 6.880; bilirrubina total 2,4. Hemograma: normal. Coagulación: TP 43%; INR 1,7; PTTA 32,2; PTTA ratio 1,04; fibrinógeno 441 mg/dl. Orina: bilirrubina++; eritrocitos 200. Rx tórax: sin alteraciones. Ecografía de abdomen: hígado de ecogenicidad homogénea que no presenta lesiones focales. Colelitiasis sin signos de colecistitis aguda. No dilatación de la vía biliar intra-extrahepática. Exudado nasofaríngeo: virus influenza negativo. Hemocultivos: negativos. Inmunología: ANA, LKM, antimitocondria y antimúsculo liso negativos. Serología: VHB: AgHBs+. AgHBe+. AntiHBe-. AntiHBc+. AntiHBc IgM+. VHC, VHA: AntiVHC -. IgM VHA -. CMV: IgM -. IgG+. VEB: Ac IgG+. VIH toxoplasmosis, *Brucella* y *Coxiella burnetii*: negativo.

Juicio clínico: Hepatitis aguda por VHB, encefalopatía hepática. Fallo hepático fulminante.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis isquémica, tóxica, autoinmune, alcohólica, origen biliar, enfermedades infiltrativas (por deposito o metástasis).

Comentario final: Tres días más tarde, cifras de transaminsas y bilirrubina crecientes así como deterioro de la coagulación y disminución del nivel de consciencia, signos de encefalopatía hepática (TAC craneal normal). Deterioro de la coagulación. Trasfusión de plasma fresco congelado y vitamina K. Ingreso en UCI. MELD: Al ingreso: 16. En planta: 25.En UCI: 37. A las 24 horas del ingreso en UCI, traslado a centro de referencia para trasplante hepático. Postoperatorio: edema cerebral y exitus. Lo que aparentaba ser un simple cuadro gripal resultó ser una hepatitis aguda por VHB la cual desembocó en un fallo hepático hiperagudo con fatal desenlace a pesar de trasplante hepático.

Bibliografía

1. Campillo Arregui A, Bernal Monterde V, Serrano Aulló MT. Fallo hepático fulminante: indicaciones de trasplante y resultados. Gastroenterología Hepatología. 2008.
2. Serra Desfilis MA. Virus de la hepatitis B.
3. Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: update 2009. Hepatology. 2009;50:661-2.

Palabras clave: Hepatitis aguda. Virus b. Fallo hepático fulminante. Transaminasas. Trasplante.

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