



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/4428 - LA IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO

F. Francisco González^a, N. Guelai^b, B. Martínez Sanz^c, A. García-Lago Sierra^c, P. López Alonso Abaitua^c y G. Rijo Nadal^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Saja. Cabezón de la Sal. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Torrelavega. Cantabria. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 69 años con antecedentes de artritis reumatoide, de muy difícil control, que ha estado en tratamiento con leflunomida, prednisona a grandes dosis, hidroxicloroquina y metotrexato, continua acudiendo a nuestra consulta de atención primaria por persistencia de sintomatología. Ante esta problemática se decide su derivación a consulta de Reumatología que posterior a evaluación y pruebas decide instauración de tratamiento con biológico, por lo cual es remitida nuevamente a nuestra consulta para despistaje de enfermedad o contacto con tuberculosis. Ante positividad de prueba de tuberculina y descartada enfermera activa se inicia tratamiento con isoniacida y se cita en 1 semana para seguimiento. La semana siguiente acude la paciente refiriendo anorexia, mal estado general, picos febriles e ictericia de piel y mucosas, por lo cual se realiza analítica urgente y ante clínica, examen físico y resultados se remite a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37 °C, tensión arterial: 150/90 mmHg, FC: 100 l/m, SatO2:99%. Consciente, aunque tendente al sueño, con apertura ocular a la llamada, obedece órdenes. Sin localidad neurológica aparente. Flapping +. Ictericia marcada de piel y mucosas. Normoperfundida. Auscultación cardio-pulmonar: rítmica, no soplos; pulmones ventilados, crepitantes basales izquierdos. Abdomen: globoso, blando, depresible, doloroso a la palpación de hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneo. Semiología ascítica (3). Extremidades Inferiores: edemas con fóvea hasta raíz de miembros. No signos TVP. Pruebas laboratorio: creatinina 0,99, bilirrubina total 18, GOT 1.552, GPT 1.009, GGT 986, plaquetas 7.500, tiempo de protrombina 32%, INR 2,48.

Juicio clínico: Hepatitis aguda grave de origen tóxico. Encefalopatía hepática.

Diagnóstico diferencial: Fallo hepático fulminante. Sepsis.

Comentario final: Con este caso he querido resaltar la importancia del seguimiento de los paciente cuando instauramos medicación de cualquier tipo; las reacciones adversas pueden ser de distinta índole y abarcar diferentes grados de gravedad como es el caso de nuestra paciente que requirió trasplante hepático en alarma 0. También reseñar y valorizar el papel fundamental del médico de familia en el seguimiento de los pacientes y lo importante de tener buena comunicación y trabajar en equipo con los demás especialistas, ya que de esta manera los mayores beneficiados son nuestros pacientes.

Bibliografía

1. <http://www.intramed.net>
2. Longo DL, Fauci AS, Hauser SL, Jameson JL, Kasper DL, et al, eds. Harrison. Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill, 2012.
3. <https://www.uptodate.com/acute liver failure in adults>

Palabras clave: Hepatitis tóxica. Fallo hepático. Isoniacida.