

347/3481 - LA HISTORIA CLÍNICA Y LA ATENCIÓN PRIMARIA VAN DE LA MANO

R. Sánchez Ibáñez^a, J. Cabañas Morafraile^b, N. Dorado Peñalver^c y R. Casas Sepúlveda^d

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Bargas. Toledo. ^bMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Burguillos. Toledo. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Santa María de Benquerencia. Toledo. ^dMédico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bargas. Toledo.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 32 años sin antecedentes médicos de interés. Acude a su médico de familia por epigastralgia de 3 días de evolución asociando vómitos y fiebre de hasta 38,5 °C sin cambios en el ritmo intestinal. No hábitos tóxicos, consumo de fármacos, viajes recientes, relaciones sexuales de riesgo ni contacto con animales. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: Normoconstante, normoglucémico. Consciente, orientado. Eupneico en reposo. Normocoloreado, perfundido e hidratado. Auscultación cardiopulmonar, abdominal y extremidades inferiores: normal. Evolución: como en el momento actual no se encuentran signos de alarma se decide observación domiciliaria con tratamiento sintomático. A los 2 días acude de nuevo por no mejora sintomática. Aunque la exploración física continua siendo normal, se decide solicitar analítica de sangre completa que se realizará al día siguiente. Recibimos resultados al día siguiente: GOT (AST): 1.691 U/L, GPT (ALT) 2.639 U/L, bilirrubina total 3,09 mg/dL, bilirrubina directa 2,85 mg/dL. Dado los hallazgos en la analítica, se decide derivar a urgencias hospitalarias. En urgencias, el paciente refiere dolor abdominal, por lo que se administra tratamiento analgésico y ante la presencia de hiperbilirrubinemia a expensas de directa, se solicita ecografía abdominal donde no se objetivan hallazgos significativos. Se comenta con Digestivo de guardia, que indica ampliar analítica con serologías para CMV, Parvovirus B19, VHS 1 y 2, VVZ, Toxoplasma, VEB, VHA, VHB, VHC, VHE y VIH e ingreso a su cargo. Durante el ingreso el paciente mejora clínicamente con tratamiento sintomático. Analítica al alta: GOT (AST) 1.248 U/L GPT (ALT) 2.300 U/L GGT 343 U/L, bilirrubina total 2,54 mg/dL, bilirrubina directa 0,97 mg/dL. Ac anti VHA IgM Positivo. Resto sin interés.

Orientación diagnóstica: Hepatitis A aguda.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis vírica aguda/crónica. Hepatitis alcohólica. Hepatitis tóxica.

Comentario final: La hepatitis A es una infección autolimitada con resolución espontánea y no cronifica dejando inmunidad permanente. Clínicamente indistinguible de otras causas de hepatitis por lo que es fundamental realizar una buena y completa historia clínica. Analíticamente suele objetivarse aumento de transaminasas (> 1.000 IU/dl) con GPT $>$ GOT y bilirrubina que puede ser > 10 mg/dl.

Bibliografía

1. Costa Ribas C, Castiñeira Pérez C. Hepatitis A. Fisterra [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www-fisterra-com.sescam.a17.csinet.es/guias-clinicas/hepatitis-a/> [Fecha de consulta: 22/07/2018].
2. Díaz Otero A, de la Fuente Sánchez S, Castiñeira Pérez C, et al. Fisterra [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www-fisterra-com.sescam.a17.csinet.es/guias-clinicas/hipertransaminasemia/> [Fecha de consulta: 22/07/2018].

Palabras clave: Dolor abdominal. Hipertrasaminasemia. VHA.