

<http://www.elsevier.es/semegen>

424/1271 - INSUFICIENCIA HEPATOCELULAR AGUDA SOBRE CRÓNICA DESCONOCIDA

J. Moreno Obregón¹, F. Moreno Obregón², L. Moreno Obregón¹ y A. Rodríguez García³

¹Médico de Familia. Centro Salud Estepa. Sevilla. ²Médico de Familia. Centro de Salud Cartaya. Huelva. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. AGS Osuna. Sevilla.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: Fumador y bebedor excesivo de alcohol. Diabetes mellitus 2. Tratamiento actual con glicazida, omeprazol y paracetamol. Anamnesis: Acudió al Centro Salud por caída fortuita con traumatismo en muslo derecho donde prescribieron tramadol y, desde entonces, nota mareos, somnolencia, dificultad en la marcha, disfasia, con voz gangosa y bradipsiquia. Días después y de forma brusca sufrió pérdida de conciencia, por lo que precisó atención médica detectando hipoglucemia (34 mg/dl). Se trasladó al Hospital.

Exploración y pruebas complementarias: Tensión arterial 80/50 mmHg; frecuencia cardiaca 120 spm; frecuencia respiratoria 50 rpm; temperatura 35,5 °C; saturación oxígeno 100%. Ictericia. Glasgow Coma Score 15/15. Auscultación respiratoria y cardiaca normal. Abdomen distendido con percusión timpánica. Muslo derecho con aumento de perímetro y hematoma en cara posterior. Analítica: hemoglobina 10 g/dL, plaquetas 33.000 mil/mm³, leucocitos 26,9 mil/mm³ (91% polimorfonucleares), glucosa 50 mg/dL; urea 106 mg/dL; creatinina 1,76 mg/dL; bilirrubina 10 mg/dL; GPT 71 U/L; amilasa 252 U/L; lipasa 556 U/L; PCR 124 mg/L; albúmina 2 g/dL. Ecografía/TAC Abdomen: hepatomegalia, esplenomegalia y mínima cantidad de líquido libre. Colelitiasis. Litiasis renal izquierda. Ecografía-doppler MID: Se descarta trombosis venosa profunda. Tratamiento: glucagón, fluidoterapia, imipenem 1 g vía intravenosa y transfusión de plasma y plaquetas. Evolución: Se trasladó a la Unidad Cuidados Intensivos. Se descartó trasplante hepático. Microbiología informa del crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilín sensible (SAMS) en hemocultivos y urocultivo. Dada la ausencia de estabilidad se informó a la familia del mal pronóstico inminente y se mantuvo la sedación intravenosa.

Orientación diagnóstica: Cirrosis hepática. Disfunción hepática agudizada (ascitis, coagulopatía, hipoglucemia). Síndrome respuesta inflamatoria sistémica sin evidente foco infeccioso.

Diagnóstico diferencial: Síncope.

Comentario final: El paciente padecía una insuficiencia hepatocelular crónica no conocida y de probable origen enólico que, a raíz de una sepsis de origen urológico (bacteriemia y urocultivos positivos para SAMS) desencadenó un fallo hepático agudo añadido.

Bibliografía

1. Kimer N, Feineis M, Moller S, Bendtsen F. Beta-blockers in cirrhosis and refractory ascites: a retrospective cohort study and review of the literature. *Scand J Gastroenterol*. 2015;50:129-37.

Palabras clave: Hipoglucemia. Fallo multiorgánico.