

## 424/1724 - ¿CITOLISIS Y COLESTASIS?

C. Llorach Andrés<sup>1</sup>, C. Jové Vivó<sup>1</sup>, M. Ruiz Sánchez<sup>2</sup> y C. Ortodó Parra<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital de Llobregat. Barcelona. <sup>2</sup>Médico de Familia. CAP L'Hospitalet de Llobregat. Barcelona.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente peruana de 42 años, que reconsulta en varias ocasiones al médico de atención primaria (MAP) por epigastralgia y pirosis, endoscopia digestiva alta 2017 sin alteraciones. Se orienta como posible enfermedad por reflujo gastroesofágico, se inicia tratamiento con omeprazol y Cidine con mejoría sintomática, al intentar reducir, reaparece. Ante la no mejoría, se solicita Helicobacter pylori en heces (cambiamos a ranitidina). Con la introducción de esta última empeora la epigastralgia, por lo que ella misma la suspende. Control (a la semana) manifiesta que “se ve amarilla”, sin coluria, acolia, ni dolor abdominal. No nuevos fármacos, hierbas, alcohol, otros tóxicos, ejercicio o contacto con enfermos... Como único antecedente, se vacunó de la triple vírica el mes anterior (no encontramos efectos adversos descritos compatibles), revisando la última analítica, presentaba perfil hepático dentro de la normalidad excepto GGT levemente elevada, colesterol total y glucemia correctas.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen blando y depresible, dolor epigástrico y hipocondrio derecho con Murphy y Blumberg negativos. Analítica urgente tras ictericia asintomática, con hemograma dentro de la normalidad excepto leve trombocitosis, perfil hepático: ALT  $\times$  5, AST  $\times$  13, GGT  $\times$  12, FA  $\times$  2, bilirrubina mínimamente elevada a expensas de directa. Serologías negativas (hepatitis A, B y C, VEB y CMV). Se decide repetir analítica en tres semanas (paciente continua asintomática) con marcadores de hepatitis autoinmune, cobre, ferritina, etc. Los resultados, incluido perfil hepático dentro de la normalidad, excepto GGT  $\times$  2. Ecografía abdominal: vesícula biliar ocupada en su totalidad por barro biliar y microlitiasis, sin signos inflamatorios.

**Orientación diagnóstica:** Colelitiasis.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis, colecistitis, colangitis, toxicidad fármacos, enfermedad Wilson, hemocromatosis, síndrome de Gilbert, esteatosis.

**Comentario final:** Si se formara al MAP con bases sobre ecografía y los centros dispusieran de ella, el día que presentó ictericia junto con epigastralgia, o cuando recibimos la analítica urgente, estando ella asintomática, hubiésemos obtenido el diagnóstico de posible obstrucción por litiasis. Y no basarnos solo en datos analíticos, que en muchas ocasiones nos hacen optar por otros diagnósticos menos evidentes.

### Bibliografía

1. Agganis B, Lee D, Sepe T. Liver enzymes: No trivial elevations, even if asymptomatic. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2018;85(8):612-7.

**Palabras clave:** Ictericia. Citólisis. Colestasis.