

424/3629 - ¡ME PICA TODO!

L. Vázquez López¹, M. Menéndez Ortega¹, B. Brusint Olivares² y M. Felizardo de Gouveia³

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ²Médico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 81 años que acude a consulta por prurito de cuatro días de evolución. Como antecedentes personales destacan: HTA, temblor esencial y poliartrosis. La paciente toma como tratamiento habitual amlodipino 5 mg, lisinopril 20 mg, propranolol 10 mg, y paracetamol. Refiere picor generalizado acompañado de orina colúrica y acolia. Niega uso de cosméticos nuevos en los últimos días, sin cambios en su medicación habitual. Toma de amoxicilina-clavulánico por flemón durante el mes previo. No otra sintomatología.

Exploración y pruebas complementarias: A nuestra exploración la paciente presenta BEG. Ictericia intensa mucocutánea. AC: rítmica, sin soplos. AP: MVC, sin ruidos sobreañadidos. Abd: blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial ni profunda, Murphy negativo, sin signos de irritación peritoneal. Se deriva al servicio de Urgencias ante la sospecha de patología hepática aguda donde se realiza: Analítica: bilirrubina de 19,31 mg/dL (durante el ingreso se elevó hasta 40), GOT 51, GPT 105, GGT 113. Ecografía abdominal: dilatación del colédoco con microlitiasis, conducto de Wirsung ligeramente dilatado. Microlitiasis vesicular. Se decide ingreso hospitalario a cargo del servicio de Digestivo para realizar diagnóstico definitivo y tratamiento. Durante el ingreso se realizan las siguientes pruebas: serologías de hepatitis, TAC abdominopélvico, colangioRMN, ecoendoscopia, resultando todas anodinas; y biopsia hepática compatible con hepatitis aguda colestásica de origen medicamentoso. Tras el diagnóstico de hepatitis aguda de origen tóxico la paciente es dada de alta sin ninguna complicación y asintomática, con una bilirrubina de 21,54 para continuar seguimiento analítico ambulatorio, persistiendo todavía al mes una bilirrubina de 4,86 pero estabilidad clínica.

Orientación diagnóstica: Hepatitis medicamentosa.

Diagnóstico diferencial: Patología tumoral.

Comentario final: Se pueden obtener varias conclusiones de este caso: 1. Una buena orientación diagnóstica desde atención primaria es necesaria para saber cuándo es urgente derivar a un paciente a Urgencias. 2. Es importante tener en cuenta los antecedentes previos de los pacientes para el abordaje diagnóstico, en este caso, la toma de antibiótico previo. 3. Tenemos que tener en mente que es posible la hepatitis medicamentosa, si bien esta no es la causa más frecuente y su diagnóstico se hace por exclusión.

Bibliografía

1. Hoofnagle J, Björnsson E. Drug-Induced Liver Injury - Types and Phenotypes. *N Eng J Med.* 2019;381(3):264-73.

Palabras clave: Hepatitis. Ictericia. Bilirrubina.