

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

## 424/3833 - ICTERICIA, FIEBRE Y VÓMITOS NO SIEMPRE ES PATOLOGÍA DE LA VÍA BILIAR

R. Martínez Vivancos<sup>1</sup>, M. Martínez López<sup>2</sup>, M. Cano Gómez<sup>2</sup> y S. Cánovas García<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Mario Spreáfico. Archena. Murcia. <sup>2</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mario Spreáfico. Archena. Murcia. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Morales Meseguer. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 53 años, sin antecedentes de interés, que nos consulta en el Centro de Salud por presentar desde hace tres días febrícula, junto con náuseas y vómitos. Ante la posibilidad de que hubiera una infección de la vía biliar, se remite al servicio de urgencias del hospital de referencia, donde tras valorarla se le da de alta, con tratamiento antitérmico. Una semana después, la paciente vuelve directamente a urgencias al continuar con los mismos síntomas, a excepción de la fiebre. Tras la realización de una analítica en urgencias es ingresada en el servicio de Hematología.

**Exploración y pruebas complementarias:** La exploración física en nuestra consulta mostraba un abdomen normal a la palpación, aunque destacaba una ictericia leve. Se remitió a urgencias donde la analítica tenía una discreta trombopenia de 106.000. La ecografía abdominal era rigurosamente normal, sin mostrar datos de litiasis ni infección de la vía biliar. En la segunda visita en el servicio de urgencias, la exploración sólo mostraba, como dato adicional, petequias en la parte distal de las extremidades inferiores. La analítica en este caso presentaba un empeoramiento de la trombopenia hasta 6.000/?L plaquetas y anemia con 10 g/dL de hemoglobina, la bilirrubina total era de 4,5 mg/dL, la lactato deshidrogenasa de 1450 U/L y la creatinina normal. La extensión de sangre mostraba hematíes fragmentados y el test de Coombs directo era negativo.

**Orientación diagnóstica:** Inicialmente fue orientada como una probable colangitis por nuestra parte, descartada en la ecografía de urgencias. Tras demostrar la presencia de esquistocitos en la segunda visita en el hospital fue orientada como microangiopatía trombótica tipo purpura trombótica trombocitopénica.

**Diagnóstico diferencial:** Colangitis infecciosa con sepsis grave. Litiasis biliar. Síndrome de Evans. Microangiopatía trombótica.

**Comentario final:** La presencia de fiebre con ictericia nos hizo pensar inicialmente en un síndrome infeccioso de la vía biliar. Al aparecer una trombopenia progresiva y severa, junto con anemia con datos de hemólisis, cambió la orientación diagnóstica de la causa de la ictericia a una hemólisis. La paciente fue tratada con plasmaférésis y recambios plasmáticos con resolución del cuadro hematológico y la ictericia.

### Bibliografía

1. Moraleda Jiménez JM. Manual Pregrado de Hematología, 4<sup>a</sup> ed. Madrid: Luzan 5; 2017.

**Palabras clave:** Ictericia. Fiebre.