

CASO CLÍNICO

*Dra Berta Montsalvatge
Moraleta
*Medicina familiar y comunitaria
*CAP Sant Elies-Marc Aureli

*Dra Laura Martín
*Aparato Digestivo
*Hospital Plató

13/05/15

MOTIVO DE CONSULTA

Mujer de 56 años, natural de Moldavia. Desde hace una semana:

- Ictericia
- Coluria e hipocolia
- Dolor abdominal en hipocondrio derecho.
- Sin fiebre.

VALORACIÓN INICIAL

- ¿Qué preguntamos?
 1. Tóxicos- productos de herboristería
 2. Medicamentos
 3. Tatuajes
 4. Trasmisiones
 5. Contactos epidémicos
- ¿Qué hacemos con esta paciente?
 - a) Solicitar analítica de estudio con: serología hepatitis virales.
 - b) Remitir a RAE digestivo.
 - c) Remitir a Hospital para ingreso.

ANTECEDENTES PERSONALES

- Natural de Moldavia, en Barcelona desde hace 8 años. Trabaja como cuidadora.
- No alergias conocidas.
- No HTA; no Diabetes Mellitus, no dislipemia.
- **Antecedentes de hepatitis en su infancia** sin conocer la etiología.
- Intervenciones: quiste hidatídico en el año 1992 (**tr a s f u s i ó n d e h e m o d e r i v a d o s**). Colecistectomizada 1995, ooforectomía izquierda 2010 (quiste complicado).

ANTECEDENTES PERSONALES II

- No consumo de tóxicos ni productos de herboristería.
- No tratamiento habitual.
- No tatuajes, no paracetamol, no contactos epidémicos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- Constantes en planta: TA 130/60, frecuencia cardíaca 70 lpm, **afebril**. Peso 86 kg, altura 151 cm. **IMC: 35 kg/m²**
- Buen estado general, consciente, orientada y colaboradora. Eupneica en reposo, normohidratada.
- **Ictericia** en piel y mucosas.
- No focalidad neurológica, nuca libre, lenguaje conservado. Marcha sin alteraciones. **No flapping**.

EXPLORACIÓN FÍSICA II

- **No estigmas de hepatopatía crónica:** telangiectasias, hipertrofia parotídea, eritema palmar.
- Auscultación cardíaca: rítmica, no roces ni soplos
- Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado
- Abdomen: Cicatrices en línea media y subcostal derecha. Ruídos hidroaéreos normales, blando, depresible. Se palpa una **hepatomegalia de 3 traveses**, dolorosa, no nodular. No tiene signos de irritación peritoneal, no esplenomegalia, **no ascitis**.
- **No edemas** en miembros inferiores.

VALORACIÓN EN URGENCIAS

- Qué solicitamos?

1. Analítica con:

- Hemograma, bioquímica (urea, glucosa, creatinina, sodio, potasio, PCR, LDH, VSG)
- Función hepática: bilirrubina, AST, ALT, GGT; Fosfatasas alcalinas + coagulación+albúmina.

2. Ecografía abdominal:

- a) Ictericia obstructiva
- b) Ictericia no obstructiva

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS URGENCIAS

- Analítica urgencias: hemograma normal.

PT:67,3%, INR:1,21, APTT:35.6 s,

Glucosa, creatinina, sodio, potasio, amilasa y lipasa: NORMALES.

Bilirrubina total 14.78 mg/dl (directa 8.13)

AST:1.096 U/L, ALT :1.121U/L, GGT:400 U/L ,

Fosfatas alcalinas 167 U/L.

¿QUÉ PATRÓN ANALÍTICO CUMPLE?

COLESTASIS Y CITOLISIS

VALORACIÓN EN HOSPITALIZACIÓN

- Bioquímica al ingreso:
 - **Sideremia 227** $\mu\text{g/dL}$ (40-150), ferritina 2123 ng/mL (20-120), IST 80% (25-45).
 - Proteinograma: **gammaglobulina 18.9 g/L** (7.2-14), 26.2%(11.1-18.8)
 - Albúmina 38 g/L (38-51)

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Citolisis
- Colestasis intrahepáticas
- Colestasis extrahepática

COLESTASIS SECUNDARIA A MEDICAMENTOS

Table 5

Most frequent drugs causing hepatocellular or ductular/ductal cholestasis.

Hepatocellular cholestasis	Ductular/ductal cholestasis
Sex hormones	Allopurinol
Carbamazepine	Amoxicillin-clavulanic acid
Chlorpromazine	Azathioprine
Amoxicillin-clavulanic acid	Barbiturates
Trimethoprim-sulfamethoxazole	Captopril
Erytromycin, Clarithromycin	Carbamazepine
Nitrofurantoin	Chlorpropamide
Chlorpropamide	Clindamycin
Azathioprine	Phenytoin
Cyclosporine	Sulpiride
Propafenone	Trimethoprim-sulfamethoxazole
Nifedipine	Medicinal herbs
Medicinal herbs	
NSAIDS, nimesulide	

EASL Clinical Practice Guidelines:
Management of cholestatic liver diseases
European Association for the Study of the Liver.
Journal of Hepatology 51 (2009) 237–267

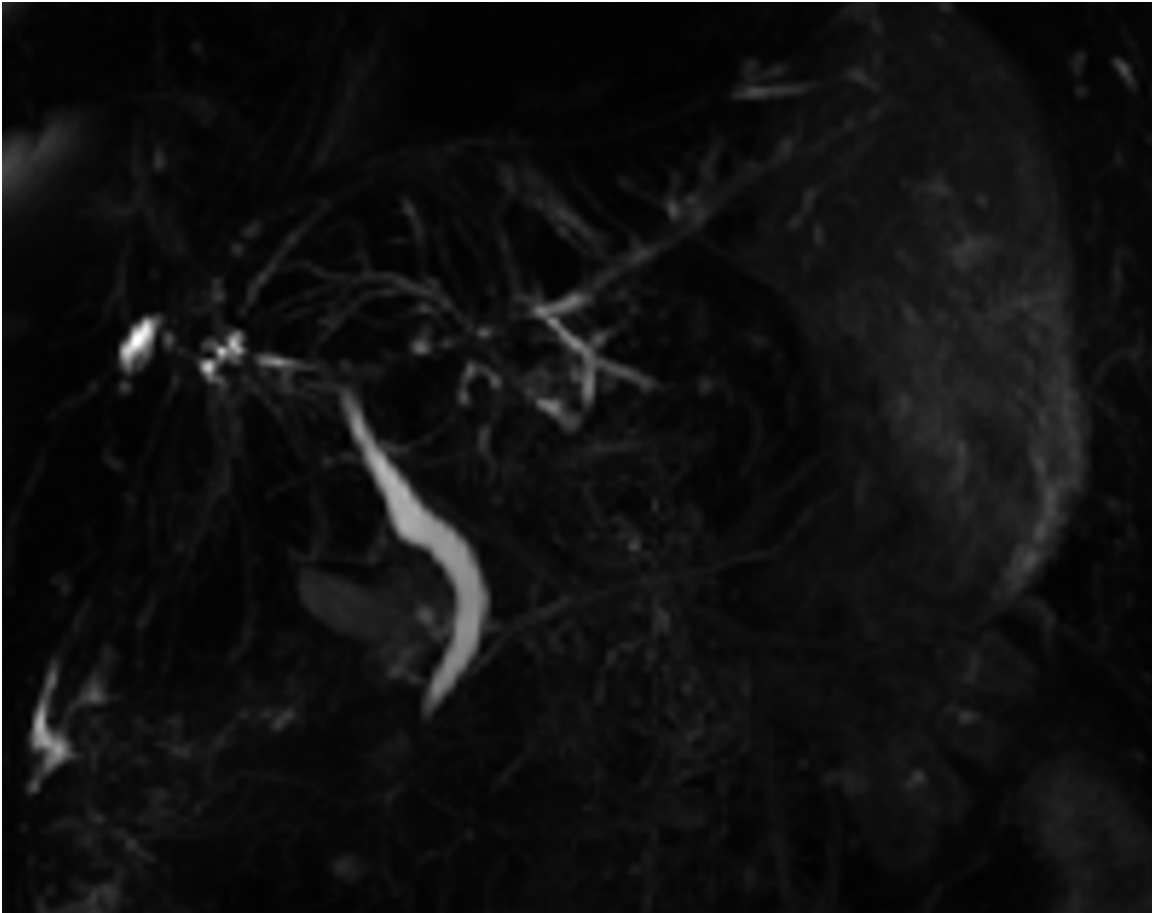
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS AL INGRESO

- Estudio Hepatitis Aguda (Citolisis):
 - Serología:
 - VHA: Ig G positivo. Ig M negativo (**VHA pasada**),
 - VHB: HBsAg: negativo. HBcAc Ig M: negativo. HBcAc positivo, HBsAc positivo: **VHB pasada**
 - VHC: negativo.
 - VHE: Ig G e Ig M negativos.
 - VIH negativo.
 - VEB IgM: negativo.
 - VHS IgM: negativo
 - CMV: IgM negativo.
 - Autoinmunidad:
 - ANA, AntiLKM, AMA: negativos
 - ANCA: negativo
 - **Ac Músculo liso o SMA**: positivo 1/40.
 - **IgG 1830 mg/dl (600-1590)**. IgA 240, IgM 206

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS II

- Radiología:
 - Radiografía de Tórax en AP-LA: normales .
 - Ecografía abdominal: No dilatación de vía biliar. Esteatosis hepática, hepatomegalia.
 - TAC abdomen (con contraste): Esteatosis hepática.
 - ColangioRNM: Aumento de tamaño del lóbulo izquierdo (post-cirugía) con dilatación de la vía biliar intra-hepática con mínimas irregularidades.

- ColangioRNM:



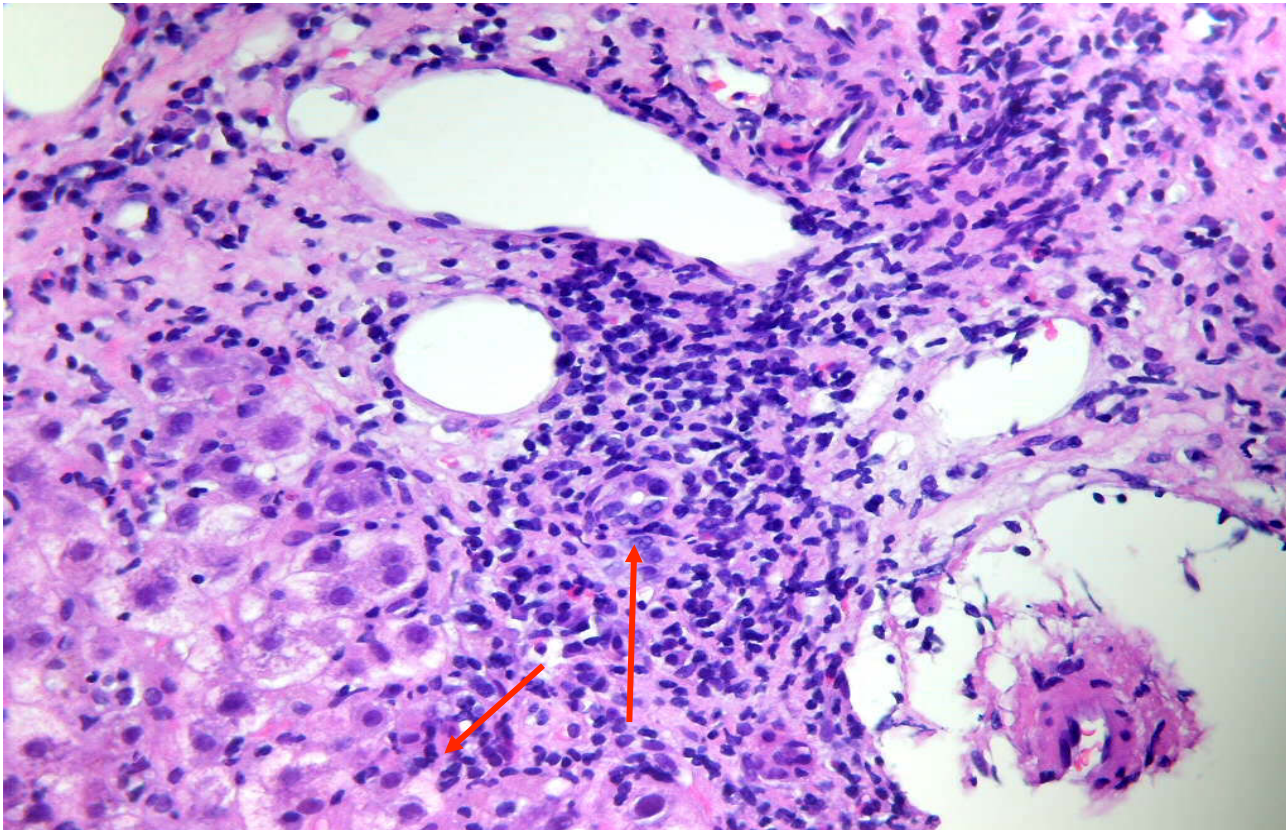
EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS III

¿SOLICITARÍAMOS ALGO MÁS?

- Biopsia hepática:
 - Infiltrado linfocitario con células plasmáticas en espacios porta que sobrepasa el límite (Hepatitis de Interfase).
 - Necrosis de hepatocitos.
 - Fibrosis de los espacios porta (Tricrómico).
 - Ductos biliares con infiltrado inflamatorio.

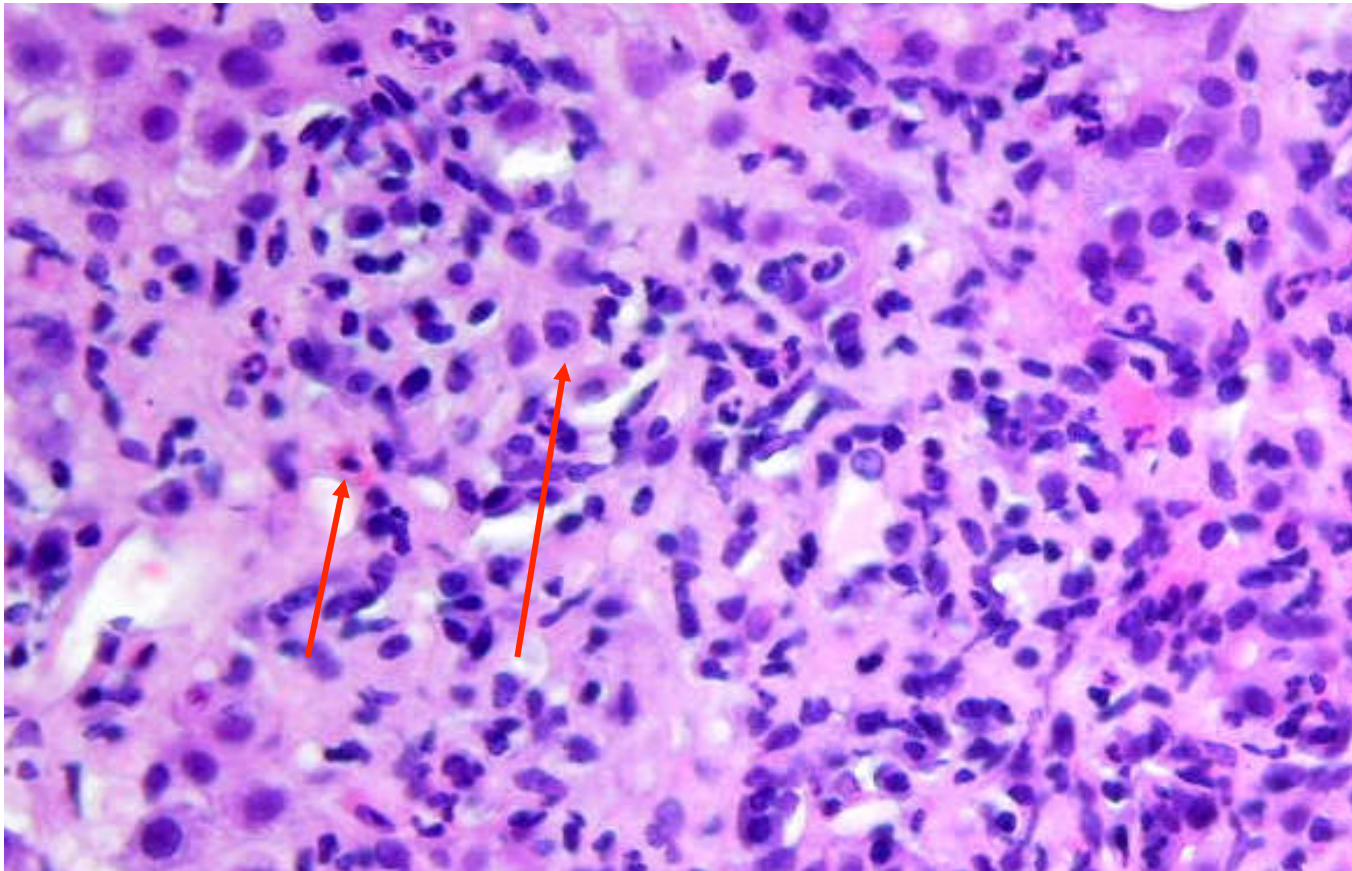
ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA: HEPATITIS CRÓNICA CON ACTIVIDAD MODERADA Y SIGNOS DE HEPATITIS AUTOINMUNE Y COLANGITIS ESCLEROSANTE.

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS IV



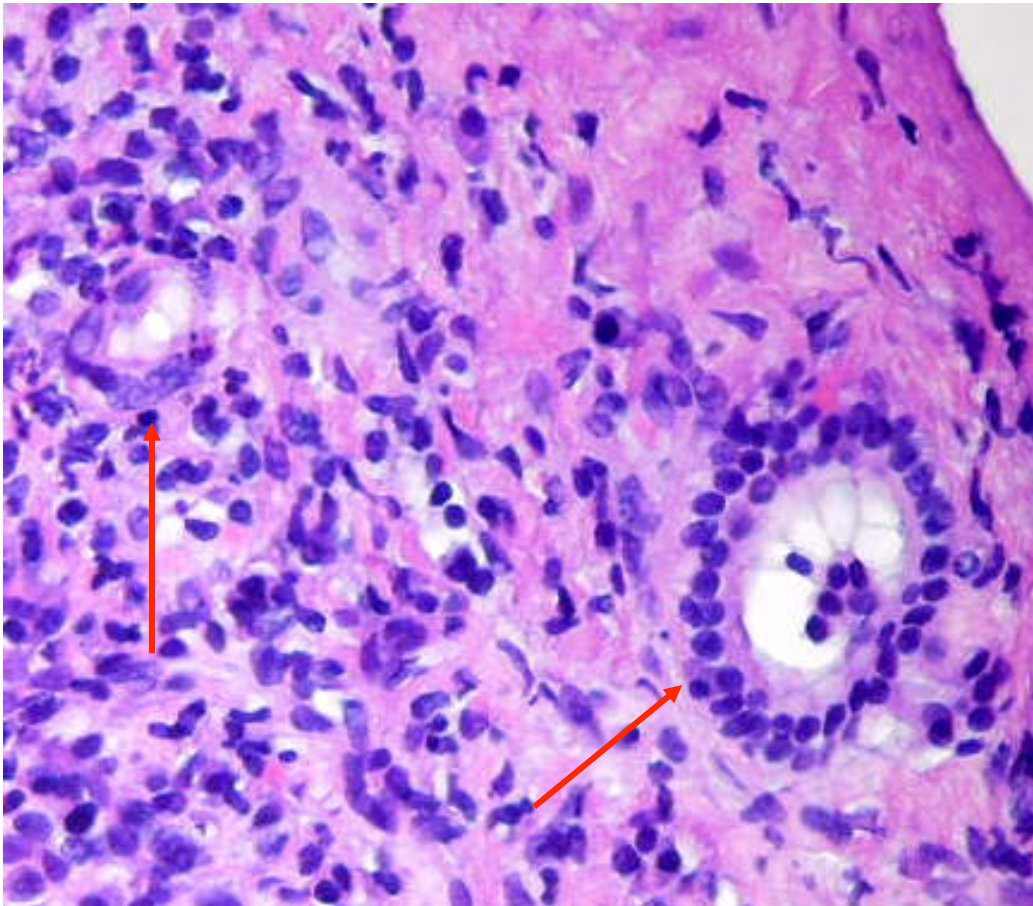
Dra Isabel Trias Puig-Sureda (CAP Anatomia Patològica)

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS V



Dra Isabel Trias Puig-Sureda (CAP Anatomia Patològica)

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS VI



Dra Isabel Trias Puig-Sureda (CAP Anatomia Patològica)

ORIENTACIÓN DIAGNÓSTICA

- SD OVERLAP: HEPATITIS AUTOINMUNE TIPO I-
COLANGITIS ESCLEROSANTE
- ESTEATOSIS HEPÁTICA
- OBESIDAD GRADO 2

EVOLUCIÓN DURANTE EL INGRESO

- Empeoramiento.
- EN NINGÚN MOMENTO: FIEBRE, ENCEFALOPATÍA, ASCITIS, T < 50 %.
- Inicialmente: Hepatitis Autoinmune, tratamiento con CSE.
- Tras biopsia: Ursodesoxicólico 300 mg/ 8 horas.
- Hiperglucemias.

- Evolución función hepática

FUNCIÓN HEPÁTICA	URGENCIAS	AL INGRESO	ALTA
BILIRRUBINA TOTAL (<1.2 mg/dl)	14.78	25.79	5.8
BILIRRUBINA DIRECTA (<0.3 mg/dl)	8.13	15.65	2.7
AST (< 40 U/L)	1.096	492	70
ALT(< 40 U/L)	1.121	565	125
GGT (7-35 U/L)	400	496	418
FOSFATASAS ALCALINAS (30-120 U/L)	167	173	116
TIEMPO DE PROTROMBINA (70-120 %)	67.3	80.8	97.2

TRATAMIENTO

- Dieta diabética
- Ursodesoxicólico 300 mg cada 8 horas vía oral (15-20 mg/kg/día)
- Dacortin 40 mg vía oral cada 24 horas
- Natecal D cada 24 horas vía oral
- Si prurito : Atarax un comprimido hasta cada ocho horas.
- Omeprazol 20 mg / 24 horas vía oral.
- Si dolor: nolotil una ampolla hasta cada 6 horas vía oral.

EVOLUCIÓN TRAS EL INGRESO

- Intolerancia CSE: Azatioprina (Imurel, 1-2 mg /kg peso)
- Actualmente con 150 mg de Imurel (en monoterapia: 2 mg/kg de peso).

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS AMBULATORIAS

- Última analítica abril 2015: bilirrubina, AST, ALT; GGT, fosfastasas alcalinas: NORMALES
- Ig G 1280, Ac Músculo liso: negativos
- Ecografía abdominal noviembre 2014: esteatosis hepática.
- Gastroscopia: normal.
- Colonoscopia: hasta ciego normal.
- Densitometría: Criterios de osteopenia (leve).
Clasificación de la OMS.

PLAN

- Analítica y ecografía cada 6 meses en Consultas Externas de Digestivo.
- Biopsia enero 2017: REEVALUAR TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR.

HEPATITIS AUTOINMUNE (HAI)

- Primer caso descrito en una mujer en 1950. Definida en 1992.
- **Diagnóstico:**
 - Mayor aumento de ALT que de AST
 - Elevación de Ig G, gammaglobulinas
 - Autoinmunidad:
 - ANA, músculo liso: HAI tipo 1
 - antiLKM: HAI tipo 2
 - Histología típica
 - Ausencia de hepatitis virales
 - Respuesta a tratamiento
- **Tratamiento:** CSE+Inmunosupresor
- Trasplante Hepático

SÍNDROMES DE OVERLAP

- HAI con colestasis (GGT, Fosfatasas Alcalinas).
- HAI + Cirrosis Biliar Primaria (CBP)
 - ALT; AST, Ig G, Ac músculo liso.
 - AMA.
 - Histología: Colangitis destructiva
- HAI + Colangitis Esclerosante Primaria (CEP)
 - ALT; AST, Ig G, Ac músculo liso.
 - Histología: alteración ductal (irregularidades, infiltrados inflamatorios, colangitis obliterante, tapones de bilirrubina). ColangioRNM
 - Asociación Colitis ulcerosa

URSODESOXICÓLICO 13-15 MG/KG/DÍA

CONCLUSIONES

- ICTERICIA: INGRESO HOSPITALARIO
- Ante citolisis-colestasis habiendo descartado causas virales, pensar en enfermedades hepáticas autoinmunes y derivar a RAE digestivo si no cumple criterios de ingreso.
- Tratamiento Inmunosupresor. No tiene por qué ser crónico.

**GRACIAS POR VUESTRA
ATENCIÓN.**

www.hospitalplato.com