fml. Revista de Medicina de Familia y Atención Primaria
www.revistafml.es ISSN: 1989-6832

CASO CLÍNICO

Hepatitis tóxica.

Toxic hepatitis.

Mª Lledó Tàrrega Porcar[1], Natividad Vázquez Gómez[1], Elena Jiménez Borillo[1], Belén Gómez Vives[1], Javier Sorribes Monfort[1], Manuel Batalla Sales[2]
1. MIR de Medicina Familiar y Comunitaria
2. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria
Centro de Salud Rafalafena-Castellón
Correspondencia: Dra. Mª Lledó Tárrega Porcar. lledoneta86@hotmail.com

Citar como: Tàrrega Porcar ML, Vázquez Gómez N, Jiménez Borillo ME, Gómez Vives B , Sorribes Monfort J, Batalla Sales M. Hepatitis tóxica. fml. 2013; 17(17):3p

Recibido el 06/05/2013
Aceptado el 26/05/2013
Publicado el 29/07/2013

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.
Caso clínico presentado en las XIV Jornadas de Residentes de la SVMFiC. 2012.

Palabras clave (MeSH): hepatitis, intoxicación alcohólica, isotretinoina

Resumen
Planteamos el caso de un joven de 17 años con una hepatitis aguda tóxica, con antecedentes de ingesta de Isotretinoína e ingesta aguda de alcohol.
Destacamos la importancia de un adecuado control de la función hepática durante el tratamiento con isotretinoína, así como la de evitar el consumo de alcohol concomitante con el tratamiento farmacológico.

Keywords (MeSH): hepatitis, alcoholic intoxication, isotretinoin

Abstract
We raise the case of a 17-year-old young person with a acute toxic hepatitis, with precedents of Isotretinoína's ingestion and acute ingestion of alcohol.
We emphasize the importance of a suitable control of the hepatic function during the treatment with isotretinoína, as well as avoiding the consumption of concomitant alcohol with the pharmacological treatment.

Artículo de acceso libre bajo una licencia Creative Commons: Uso y distribución no restringidos, nombrando la fuente y sin hacer un uso comercial o modificando la obra.

Descripción del caso

Varón de 17 años de edad, sin alteraciones en su desarrollo, que acude al Servicio de Urgencias del Hospital por presentar cuadro de fiebre de 38,8ºC de 3 días de evolución, malestar general, mareo, náuseas, y dolor abdominal en epigastrio, sordo, contínuo, no irradiado, con sensación de distensión abdominal. Desde la anterior semana se encontraba en tratamiento con Amoxicilina/ác. Clavulánico 500/125 mg 1/8 horas durante 7 días por presentar un seroma en el prepucio. La semana anterior había consumido alcohol de forma abundante en el viaje de finde curso a Mallorca. No presenta síndrome constitucional.
Desde Noviembre de 2011 hasta Mayo de 2012 ha estado en tratamiento con Dercutan (Isotretinoína) por acné, con controles analíticos durante dicho periodo, sin alteraciones. Última analítica en mayo de 2012 con resultados normales.
A su llegada a Urgencias, presenta: Tª: 37,8ºC. TA: 116/65 mmHg. FC: 88 lpm. Sat O2: 96%. Impresiona de buen estado general, consciente, orientado, colaborador. Normohidratado. Eupneico en reposo.
- AC: tonos rítmicos a 90 lpm, sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos.
- Abdomen: discretamente distendido en epigastrio, blando y depresible, no doloroso a la palpación superficial, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, hepatomegalia de 2 traveses de dedo, no se palpan masas, Murphy dudoso, Blumberg negativo, PPL negativa, no signos de ascitis.
- Neurológica: no signos de encefalopatía hepática, no focalidad neurológica.
- Extremidades inferiores sin edemas y con pulsos presentes y simétricos.
- No se palpan adenopatías.

Diagnóstico diferencial

Como posibles causas diagnósticas, en un principio se plantearon:
- Hepatitis de origen autoinmune.
- Hepatitis por virus hepatotropos.
- Hepatitis tóxica por Amoxicilina/ác.clavulánico.
- Hepatitis tóxica por Dercutane.
- Hepatitis alcohólica.

Discusión

Durante su estancia en Urgencias, el paciente permanece estable clínicamente. Destacan alteraciones de los enzimas hepáticos: GOT: 244, GPT: 580, GGT : 65, FA: 79; resto de bioquímica, hemograma y hemostasia normales. Rx de tórax con resultado normal.

Ecografía abdominal: páncreas sin alteraciones. Hepatomegalia de lóbulo D, sugestiva de Hepatitis aguda.
Se exajeron hemocultivos y urocultivo. Se solicitó Serología de virus hepatotropos y analítica con estudio completo de hepatopatía. Se decidió su ingreso en la planta de Digestivo, con diagnóstico provisional de Hepatitis de posible etiología medicamentosa (Amoxicilina/ác. clavulánico o Dercutan), sin poder descartar etiología vírica.
Durante su ingreso en planta, el paciente permanece estable en todo momento, presenta aumento progresivo de las cifras de transaminasas, alcanzando en su tercer día de ingreso cifras de: GPT: 1878, GOT: 602, GGT: 88, PCR: 206, 54.
Se realizan:
- Rx tórax y abdomen, sin alteraciones destacables.
- -Ecografía abdominal: Hepatomegalia de lóbulo D, con una adenopatía de 10,3 mm en el hilio hepático. Juicio diagnóstico compatible con Hepatitis aguda.
- -AngioTAC: Hepatomegalia de lóbulo D. Adenopatías en número de 2 o 3 de 14 mm a nivel de hilio hepático. Resto normal. Resultados compatibles con Hepatitis aguda.
- -Ecografía Doppler hepática: resultados normales.
- -Biopsia Hepática: Lesión hepática centrolobulillar con necrosis hepatocitaria del 20-30%. Sin respuesta inflamatoria, e incipiente fibrosis (2 sobre 4), sin colestasis.

El paciente fue dado de alta sin un diagnóstico claro, con la recomendación de seguimiento en Consultas Externas de Digestivo, ya que las exploraciones realizadas no concluyeron una causa concreta de su hepatitis, pero dado el contexto, se postuló que la probable causa de la hepatitis fue: Hepatitis tóxica por Dercutane potenciada por reciente ingesta abundante de alcohol.

Conclusiones

Durante el tratamiento con Dercutane (Isotretionína), se han de realizar controles analíticos de función hepática periódicamente, y pese a todo, aunque éstos sean normales, se debe tener especial precaución, evitando la ingesta de alcohol y la de fármacos con capacidad hepatotóxica.

Bibliografía

1. Shah RR. Drug-induced hepatotoxicity: Pharmacokinetic perspectives and strategies for risk reduction. Adverse Drug React Toxicol Rev 1999; 18: 181-233.

2. Domínguez Jiménez JL, Marín Moreno M, Bernal Blanco E, Puente Gutiérrez JJ, Guiote Malpartida S, Mata García M. "Hepatitis aguda colestásica inducida por amoxicilina-clavulánico". Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Alto Guadalquivir. Andújar. Jaén. España. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(1):46-51
3. Larrey D. Drug-induced liver diseases. J Hepatol 2000; 32 (suppl. 1): 77-88.
4. Shah RR. Drug-induced hepatotoxicity: Pharmacokinetic perspectives and strategies for risk reduction. Adverse Drug React Toxicol Rev 1999; 18: 181-233
5. Danan G, Bénichou C. Causality assessment of adverse reactions to drugs. I A novel method based on the conclusions of international consensus meetings: application to drug-induced liver injuries. J Clin Epidemiol 1993; 46: 1323-1330.