Caso clínico. Gastroenterología, nutrición y obesidad

No siempre es lo que parece. A propósito de un caso de ictericia infantil

Daniel Pérez González[a], Cristina López Fernández[a], Sandra Llorente Pelayo[a], Virginia Ainhoa Oreña Ansorena[a], Teresa Torre González[a], Alicia González de la Rosa[b]

[a]Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España • [b]CS Covadonga. Torrelavega. Cantabria. España.

Publicado en Internet:
14-junio-2021

Daniel Pérez González:
dapego10@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La ictericia es la coloración amarillenta mucocutánea producida por depósito de bilirrubina. A diferencia de la época neonatal, en edad infantil siempre tiene origen patológico, diferenciando entre enfermedades que ocasionan aumento de la bilirrubina indirecta (no conjugada) de las patologías colestásicas (elevación de bilirrubina directa o conjugada), siendo fundamental en cada caso valorar antecedentes, clínica acompañante y exploración, además de un estudio analítico para establecer un enfoque etiológico adecuado. Se describe el caso de un paciente con crisis hemolíticas previas que presenta episodio aislado de ictericia obstructiva.

CASO CLÍNICO

Presentamos un paciente de siete años en seguimiento por esferocitosis hereditaria, habiendo presentado varias crisis hemolíticas. Realiza controles ecográficos abdominales periódicos para valorar tamaño esplénico, encontrando colelitiasis como hallazgo casual en ecografía previa (seis meses).

Es valorado por su pediatra por ictericia y ligera astenia de 72 horas de evolución, encontrándose afebril sin otra sintomatología. Se solicita analítica sanguínea objetivándose crisis hemolítica, con hemoglobina de 6,5 g/dl y bilirrubina (BR) total de 4,6 mg/dl, a expensas de bilirrubina indirecta, con resto de parámetros de hemólisis elevados y transaminasas normales. De acuerdo con Hematología, no se indica transfusión sanguínea, realizando control evolutivo.

Cinco días después acude nuevamente a su centro de salud por aumento de intensidad ictérica asociando dolor abdominal las últimas 24 horas. En valoración destaca intensa ictericia con dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy dudoso y orina colúrica, presentando bilirrubina en tira reactiva. Se remite a urgencias de hospital de referencia, donde se realiza control analítico, presentando mejoría en parámetros de hemolisis, con aumento de hemoglobina (10 g/dl), destacando sin embargo aumento de bilirrubina (bilirrubina total 23,6 mg/dl), a expensas de bilirrubina directa, asociando aumento de transaminasas (citólisis >> colestasis), con parámetros de síntesis hepática normales y reactantes de fase aguda negativos.

Dada sospecha clínico-analítica de ictericia obstructiva se solicita ecografía abdominal, visualizando dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática, con abundante barro biliar en vesícula y colédoco, no objetivando ya cálculos y sin signos de colecistitis. Ante sospecha de coledocolitiasis en resolución se cursa ingreso con actitud expectante y tratamiento con ácido ursodesoxicólico, presentando mejoría, con normalización analítica progresiva y resolución de la dilatación en controles ecográficos.

CONCLUSIONES

Este caso representa un ejemplo del origen multifactorial de la ictericia, recordando la importancia del diagnóstico diferencial mediante la anamnesis, exploración sistémica y parámetros analíticos. Recordamos también el riesgo incrementado de litiasis en vía biliar que padecen los pacientes con hemólisis crónica.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Cómo citar este artículo: Pérez González D, López Fernández C, Llorente Pelayo S, Ainhoa Oreña Ansorena V, Torre González T, González de la Rosa A. No siempre es lo que parece. A propósito de un caso de ictericia infantil. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2021;(30):167.