



Caso clínico. Gastroenterología, nutrición y obesidad

¿Qué se esconde tras esta hipertransaminasemia persistente?

Valeria Apolo Campoverde, Rocío Moreno Novillo, Nuria Crespo Madrid, Katya López Martín, Marta Herreros Sáenz, Carmen Moreno Romero

MIR-Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Toledo. España.

Publicado en Internet:
31-marzo-2023

Valeria Apolo Campoverde:
vale.apolo31@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La hipertransaminasemia es un hallazgo muy frecuente en la edad pediátrica. Puede ser transitoria o persistente, en todos los casos debe considerarse un marcador patológico, por lo que debe ser confirmada y realizar un seguimiento hasta su normalización o diagnóstico etiológico. Las causas son muy amplias, existiendo causas tanto hepáticas como extrahepáticas. La causa más frecuente, es la infecciosa y en un menor porcentaje podemos encontrar otras causas como obesidad, enfermedades sistémicas, inmunitarias, metabólicas o neuromusculares.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años sin antecedentes personales de interés seguido en Atención Primaria por dolor abdominal periumbilical de 6 meses, sin ningún síntoma de alarma asociado y exploración física anodina, sin obesidad. Se realizan dos analíticas, donde se objetiva hipertransaminasemia mantenida sin colestasis (GOT 110, GPT 131, GGT 268), y se deriva a Gastroenterología Pediátrica.

Se amplía estudio etiológico, donde se sigue confirmando la hipertransaminasemia con mayor aumento de la GGT, aumento de PCR 12,2 mg/l; VSG 22 mm, calprotectina 243 ug/g, y anemia de 2 puntos. Estudio de otras causas de hepatopatía (serología, autoinmunidad hepática, perfil férrico, tiroideo, celiaquía, alfa1-antitripsina, ceruloplasmina y coagulación) normales. Refería un familiar con enfermedad de Crohn (EC).

Ecografía abdominal con alteración multifocal de la ecogenicidad hepática en relación con hepatopatía difusa versus esteatosis.

Ante la sospecha de enfermedad inflamatoria intestinal (EII), se solicita gastroscopia con gastritis sin otras lesiones.

Colonoscopia con afectación parcheada principalmente en colon izquierdo compatible con EC macroscópicamente, y microscopia con datos de colitis crónica moderada en colon descendente y sigma, compatible con EII indeterminada. Se realizó colangiografía con una fase inicial de colangitis esclerosante primaria (CEP). Se realiza biopsia hepática, aunque el estudio de autoinmunidad hepática fue negativo, para descartar un síndrome de solapamiento (CEP con hepatitis autoinmune), con datos exclusivamente de la primera. Tras el proceso diagnóstico completo, se inicia tratamiento adecuado para su EII y seguimiento estrecho de la CEP.

CONCLUSIONES

Es importante seguir los algoritmos diagnósticos de la hipertransaminasemia mantenida y realizar un amplio diagnóstico diferencial, para filiar la causa y poner los tratamientos adecuados en cada caso. En nuestro paciente, tras realizar un estudio exhaustivo se llegó al diagnóstico de enfermedad de Crohn y CEP, como causa poco frecuente de hipertransaminasemia. Debe llamarnos la atención una elevación desproporcional de la GGT, ya que puede indicar patología hepatobiliar. Esta se puede asociar con ambos tipos de EII, pero se relaciona más frecuentemente con la colitis ulcerosa.

CONFLICTO DE INTERESES

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

ABREVIATURAS

- CEP: colangitis esclerosante primaria
- EH: enfermedad de Crohn
- EII: enfermedad inflamatoria intestinal.

Cómo citar este artículo: Apolo Campoverde V, Moreno Novillo R, Crespo Madrid N, López Martín K, Herreros Sáenz M, Moreno Romero C. ¿Qué se esconde tras esta hipertransaminasemia persistente?. Rev Pediatr Aten Primaria Supl. 2023;(32):e149.