



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/415 - HEPATITIS AGUDA ASOCIADA A ANABOLIZANTES, A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Vargas Roca^a, O. Ortiz Oliete^b, M.B. Reche^b, M.R. Vázquez Delgado^c, J. Parcet Solsona^d, M.I. Rodríguez Arce^a y M. Masamunt París^b

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud EAP Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona. ^dMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sant Ildefons. Cornellà de Llobregat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente varón de 35 años natural de Senegal que reside en España desde hace 9 años. Antecedentes: cuadro gripal hace un mes que es tratado con paracetamol e ibuprofeno, practica fisicoculturismo. Consumo de anabolizantes hace un mes (comprado en mercado negro). Motivo de consulta: Acude a CAP por dolor abdominal de 2 días de evolución, continuo, en hipocondrio derecho y epigastrio asociado a ictericia conjuntival, coluria y acolia. Presenta astenia generalizada intensa en las últimas semanas.

Exploración y pruebas complementarias: EF: consciente y orientado, hemodinámicamente estable, afebril. Ictericia conjuntival. Abdomen blando y doloroso a la palpación hipocondrio derecho, no masas ni megalias, no signos de peritonismo. No encefalopatía hepática. Resto de exploración anodina. El paciente es derivado a urgencias hospitalarias para estudio de ictericia y dolor abdominal. Analítica: hemograma normal, coagulación normal. En bioquímica destaca bilirrubina 207, AST 1,17 (0,25-0,62), ALT: 1,17 (0,20-1,30), GGT normal. Alfa amilasa 2,58 (1,42-4,02), PCR 13,17 (< 3,00). Resto de bioquímica normal. Serologías VHB, VHC y VIH negativas. Ecografía abdominal: hígado presenta en segmento VI lesión refringente bien delimitada de 16 mm, con resto de parénquima homogéneo. Porta permeable. Vesícula y vía biliar sin lesiones. Bazo y páncreas sin hallazgos. Riñones simétricos y normales.

Juicio clínico: Dada la estabilidad clínica del paciente y ausencia de signos de alarma y descartada las causas principales de hepatitis, el paciente es dado de alta a domicilio orientado como hepatitis por efecto secundario por ingesta de anabolizantes por lo que se suprime dicho tratamiento. EL paciente acude nuevamente para control explicando mejoría de la ictericia conjuntival y analítica con descenso de los valores de bilirrubina a 190, con mejoría de los valores de las transaminasas y PCR.

Diagnóstico diferencial: Hepatitis alcohólica: Se presentan tras años de consumo excesivo de alcohol, puede conllevar inicialmente una inflamación hepática (hepatitis) y con el tiempo cirrosis siendo esta la fase final de la hepatopatía alcohólica. Hepatitis vírica A/B/C: Infección hepática por

virus con diferentes vías de transmisión, clínicamente pueden presentarse como hepatitis aguda y en muchas ocasiones asintomáticas tras mucho tiempo de la infección. Hepatitis medicamentosa (paracetamol, amiodarona, esteroides anabolizantes, píldoras anticonceptivas, eritromicina, metildopa, isoniazida, metotrexato, estatinas...). Siempre hay que interrogar sobre el consumo de fármacos. Hepatitis crónica: Inflamación leve durante más de seis meses que puede ser secundaria a infección viral, autoinmune o incluso a fármacos. Hepatitis autoinmunitaria: respuesta inmunitaria que destruye los tejidos corporales normales, suele estar asociada a otras enfermedades inmunitarias como Graves, DM1, artritis reumatoide... Otras como hepatitis pediátricas, congénitas...

Comentario final: El objetivo del tratamiento de la hepatitis inducida por medicamentos es interrumpir la administración del agente causante y monitorizar la función hepática a medida que se recupera. Dado que existe un aumento de consumo de anabolizantes en nuestro país, se ha triplicado el número de hepatitis por anabolizantes, tenerlos presentes ante una hepatitis aguda.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejada Cifuentes F. Hepatotoxicidad por Fármacos. Rev Clin Med Fam. 2010;3:177-91.
2. Infante Pina D, Pich Rosal M. Hepatitis aguda” Protocolos Diagnóstico terapéuticos de la AEP: Hepatología. 2008;11:327-35.