



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/3143 - LO QUE SE ESCONDE TRAS LA FIEBRE

V. Lumbreras González<sup>a</sup>, J. Capón Álvarez<sup>a</sup>, A.M. Tierra Rodríguez<sup>b</sup>, B. Peleteiro Cobo<sup>a</sup>, E. Méndez Rodríguez<sup>a</sup>, J. Martínez de Mandojana Hernández<sup>a</sup>, P. Dios Díez<sup>c</sup>, L. González Coronil<sup>b</sup>, R. Castillo<sup>d</sup> y O. Mahamoud Atoui<sup>e</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>e</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Bembibre. León.

<sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Medicina Interna; <sup>d</sup>Digestivo. Hospital El Bierzo. Ponferrada.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer, 43 años. Sin alergias ni hábitos tóxicos, bebedora social. Quistes ováricos y depresión. Tratamiento: lormetazepam, sertralina y desogestrel (desde hace 5 meses). Presenta fiebre alta, artralgias y náuseas de 3 días de evolución. Ha tomado paracetamol e ibuprofeno sin mejoría. No refiere ingesta de tóxicos ni viajes recientes. Tras una valoración inicial anodina se deriva a urgencias hospitalarias para realizar pruebas.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 135/85; FC: 112 lpm. SatO<sub>2</sub>: 97% Consciente, bien perfundida e hidratada. ACP: rítmica, sin soplos. MVC. Abdomen y extremidades inferiores sin hallazgos. Analítica: Bioquímica: GOT 6.880; bilirrubina total 2,4. Hemograma: normal. Coagulación: TP 43%; INR 1,7; PTTA 32,2; PTTA ratio 1,04; fibrinógeno 441 mg/dl. Orina: bilirrubina++; eritrocitos 200. Rx tórax: sin alteraciones. Ecografía de abdomen: hígado de ecogenicidad homogénea que no presenta lesiones focales. Colelitiasis sin signos de colecistitis aguda. No dilatación de la vía biliar intra-extrahepática. Exudado nasofaríngeo: virus influenza negativo. Hemocultivos: negativos. Inmunología: ANA, LKM, antimitocondria y antimúsculo liso negativos. Serología: VHB: AgHBs+. AgHBe+. AntiHBe-. AntiHBc+. AntiHBc IgM+. VHC, VHA: AntiVHC -. IgM VHA -. CMV: IgM -. IgG+. VEB: Ac IgG+. VIH toxoplasmosis, *Brucella* y *Coxiella burnetii*: negativo.

**Juicio clínico:** Hepatitis aguda por VHB, encefalopatía hepática. Fallo hepático fulminante.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis isquémica, tóxica, autoinmune, alcohólica, origen biliar, enfermedades infiltrativas (por depósito o metástasis).

**Comentario final:** Tres días más tarde, cifras de transaminasas y bilirrubina crecientes así como deterioro de la coagulación y disminución del nivel de consciencia, signos de encefalopatía hepática (TAC craneal normal). Deterioro de la coagulación. Trasfusión de plasma fresco congelado y vitamina K. Ingreso en UCI. MELD: Al ingreso: 16. En planta: 25. En UCI: 37. A las 24 horas del ingreso en UCI, traslado a centro de referencia para trasplante hepático. Postoperatorio: edema cerebral y exitus. Lo que aparentaba ser un simple cuadro gripal resultó ser una hepatitis aguda por VHB la cual desembocó en un fallo hepático hiperagudo con fatal desenlace a pesar de trasplante hepático.

## **Bibliografía**

1. Campillo Arregui A, Bernal Monterde V, Serrano Aulló MT. Fallo hepático fulminante: indicaciones de trasplante y resultados. Gastroenterología Hepatología. 2008.
2. Serra Desfilis MA. Virus de la hepatitis B.
3. Lok AS, McMahon BJ. Chronic hepatitis B: update 2009. Hepatology. 2009;50:661-2.

**Palabras clave:** *Hepatitis aguda. Virus b. Fallo hepático fulminante. Transaminasas. Trasplante.*