



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 242/4818 - DE ITU A HEPATITIS AUTOINMUNE

B. Gutiérrez Muñoz<sup>a</sup>, I. Veli Cornelio<sup>b</sup>, M. Gómez González<sup>c</sup>, M. Maamar El Asri<sup>d</sup>, R. Quintana<sup>e</sup> y E. Toural Méndez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

<sup>b</sup>Médico Residente de 4<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

<sup>c</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

<sup>d</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Interior. Santander. Cantabria.

<sup>e</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Santander. Cantabria.

<sup>f</sup>Médico de Familia. Centro de Salud El Alisal. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 30 años que acude a su médico de familia refiriendo disuria, polaquiuria y orina oscura de dos días de evolución. Se realiza tira de orina que resulta alterada por lo que se le pauta antibioterapia empírica. Vuelve a la semana presentando astenia, intolerancia alimentaria, hematuria, conjuntivas ictéricas y lesiones cutáneas eritematosas y pruriginosas en muslo y costado izquierdos, por lo que se le deriva a Urgencias. Sin antecedentes personales de interés. Ningún tratamiento de base. NAMC.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. Normohidratación y normoperfusión, ictericia mucosa. ACP anodina. Abdomen blando, depresible, no doloroso a la palpación. Dudosa hepatomegalia. PPR bilateral, Blumberg y Murphy negativos. EEII sin edemas ni signos de TVP. No focalidad neurológica. ECG: ritmo sinusal a 75 lpm, sin alteraciones de repolarización. Rx de tórax-abdomen y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Bioquímica-hemograma: bilirrubina 6,8 mg/dL, AST 1.288 U/L, ALT 2.900 U/L, GGT 259 U/L, FA 168 U/L, TP 43%. Elemental-Sedimento de orina: bilirrubina ++, urobilinógeno ++, leucocitos +, resto normal. Dado el deterioro grave del perfil hepático y la coagulopatía, sin un diagnóstico etiológico, se decide ingreso en Digestivo para vigilancia y filiar origen: aumento de bilirrubina (hasta 38 mg/dL) y alteración de función renal. Serología anodina. Autoanticuerpos negativos, IgG 1.650. Perfil de hierro, ceruloplasmina y alfa-1-antitripsina negativos. Biopsia: hepatitis con abundante necrosis que impresiona de hepatitis autoinmune.

**Juicio clínico:** Hepatitis autoinmune (HAI).

**Diagnóstico diferencial:** Hepatitis vírica, hepatotoxicidad por fármacos, cirrosis biliar primaria.

**Comentario final:** La HAI es una enfermedad crónica de curso progresivo con fluctuaciones, poco prevalente, que se puede presentar a cualquier edad, más en mujeres. Al diagnóstico se llega con histología compatible, bioquímica y clínica características, autoanticuerpos circulantes (ausentes en un 10% de los casos) y aumento de gammaglobulinas. En general responde a corticoides con/sin

azatioprina, aunque a veces son necesarios otros inmunosupresores o fármacos biológicos, pues las recidivas son frecuentes. En nuestro paciente se decide probar terapia corticoidea, obteniéndose buena respuesta, con mejoría significativa de la clínica, perfil hepático, coagulación y función renal. Por ello, se le da el alta para seguimiento en consultas de Digestivo.

### **Bibliografía**

1. Montoro Huguet MA, García Pagán JC, eds. Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica, 2ª ed. Madrid: Jarpyo Editores; 2012.

**Palabras clave:** Hepatitis. Autoinmune.