



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/172 - DE LA INFECCIÓN CUTÁNEA A LA HEPATITIS...

E. Valle Cruells^a, A. Ripoll Ramos^a, I. Fontcuberta Munarri^b y M. Medina Marroquín^c

^aMédico de Familia. CAP Valldoreix. Barcelona. ^bEnfermera. Centro de Atención Primaria Valldoreix. Barcelona.

^cMédico Adjunto. CAP Turó de Can Mates. Sant Cugat. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 81a con antecedentes de artrosis y dislipemia en tratamiento, acude a CAP para valoración de herida pretibial tras caída casual hace una semana. Ante la evidencia de infección cutánea, y dado que no presenta antecedentes de alergia a fármacos, se pauta tratamiento con amoxicilina-ac. clavulánico 500/125 1/8h 7 días. Cinco días después del inicio del tratamiento, acude de nuevo al Centro por malestar general prurito generalizado y náuseas. Niega acolia ni coluria. Afebril.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: ictericia conjuntival y cutánea. AR mvc. Abdomen: blando y depresible. No masas ni megalias. PPL negativa. NRL: consciente y orientada. No signos meníngeos. No flapping.

Orientación diagnóstica: Con la sospecha diagnóstica de hepatitis aguda, se decide derivación UCIAS Hospitalarias donde se realiza: análisis sanguíneo: Hb13, leucocitos 7.82, 230.000 plaquetas. PCR 18 mg/L, bilirrubina total 6,2, Bb directa 5,5. AST 134, ALT 312, GGT 376, FA 347, TP 106%. Serologías hepatitis y herpes negativas. Estudio de autoinmunidad negativo. Ecografía abdominal: hígado aumentado de tamaño a expensas de LHI, heterogéneo. Vesícula poco distendida sin imágenes de litiasis ni signos inflamatorios. Vía biliar intrahepática y colédoco no dilatados. TAC toracoabdominal: sin alteraciones significativas.

Diagnóstico diferencial: Ictericia sin acolia ni coluria: hemólisis, eritropoyesis ineficaz, reabsorción de grandes hematomas, sepsis, fármacos o enfermedades hereditarias (Gilbert o Crigler-Najjar). Ictericia con acolia o coluria con Bb directa > 50%: causa obstructiva, colestasis, hepatitis aguda, cirrosis hepática, fármacos o enfermedades hereditarias (Dubin-Johnson o enfermedad de Rotor). Tras el diagnóstico de hepatitis tóxica por amoxicilina- clavulánico, se administra sueroterapia y ante la disminución del prurito, se decide alta hospitalaria y seguimiento por su MAP y Digestivo.

Comentario final: Ante muchas infecciones en Atención Primaria, nuestra primera opción es amoxicilina-clavulánico. Debemos ser conscientes de que el ácido clavulánico puede causar hepatotoxicidad, frecuentemente reversible pero que puede ser grave y llegar a producir la muerte.

Bibliografía

1. Ersoz G, Karasu Z, Yildiz C, et al. Severe toxic hepatitis associated with amoxycillin and clavulanic acid. *J Clin Pharm Ther.* 2001;26:225-9.
2. Fontana RJ, Shakil AO, Greenson JK, et al. Acute liver failure due to amoxicillin and amoxicillin/clavulanate. *Dig Dis Sci.* 2005;50:1785-900.

Palabras clave: Hepatotoxicidad. Amoxicilina-clavulánico. Ictericia.