



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/852 - CIRROSIS EN MUJER JOVEN SIN HÁBITOS TÓXICOS

A. García Jiménez<sup>1</sup>, S. Martín Sánchez<sup>1</sup> y J. García Jiménez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Mengíbar Dr. Manuel Polaina Bailón. Mengíbar. Jaén. <sup>2</sup>Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Consultorio Local Jimena. Jimena. Jaén.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 35 años que acudió a consulta por presentar desde hace 6 semanas molestias en hipocondrio derecho, astenia, orinas colúricas y prurito. Refiere en meses anteriores clínica similar intermitente. No otra sintomatología. Negaba consumo de alcohol, tabaco u otros tóxicos. No tomaba medicamentos. No patologías previas, intervenciones quirúrgicas ni transfusiones.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tinte icterico en piel y mucosas y lesiones de rascado en tórax. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, doloroso en hipocondrio derecho, donde se palpaba hepatomegalia de dos traveses de dedo. No evidencia de ascitis ni de *flapping* que sugiriera encefalopatía hepática. No esplenomegalia. Signo de Murphy negativo. Miembros inferiores sin edemas. La ecografía evidencia hepatomegalia regular y leve esteatosis hepática, sin masas, signos de ascitis ni colelitiasis. Analítica: hemoglobina 12,9 g/dl, plaquetas 190.000/mm<sup>3</sup>, coagulación normal, creatinina 0,7 mg/dl, bilirrubina total 26 mg/dl, bilirrubina directa 15 mg/dl, fosfatasa alcalina 140 U/L, GOT 3,103 U/L, GPT 2.955 U/L, albúmina 3,4 g/dl. No alteraciones del hierro, ferritina ni de iones. TSH 2,2 mU/L. Serología para virus hepatitis A, B y C negativas. Se pidió anticuerpos en una segunda analítica: positividad para ANA (1:450), antimúsculo liso (1:130) y anti-LKM (1,90). Se derivó a Digestivo y a Medicina Interna, donde la biopsia hepática visualiza infiltrado mononuclear. Comenzó tratamiento con prednisona a dosis de 2 mg/kg/día durante el primer mes, bajando progresivamente la dosis durante un año.

**Orientación diagnóstica:** Hepatitis autoinmune.

**Diagnóstico diferencial:** Hepatopatías por tóxicos o fármacos. Hepatitis por virus hepatotropos (VHB, VHC, VHD). Hepatopatías por depósito, como hemocromatosis o enfermedad de Wilson.

**Comentario final:** La hepatitis autoinmune es una enfermedad hepática necroinflamatoria, crónica y progresiva, de etiología desconocida, que afecta sobre todo a las mujeres. Presenta gran variabilidad clínica: desde asintomáticos hasta presentar síntomas inespecíficos como astenia o desarrollar un fallo hepático fulminante. Un diagnóstico temprano junto al tratamiento corticoideo mantenido mejoran mucho el pronóstico. Se puede usar como segunda opción azatioprina, cuando la respuesta ha sido parcial o se quieren evitar los efectos secundarios de una terapia corticoidea prolongada.

## **Bibliografía**

1. Hepatitis autoinmune: etiopatogenia. GH Continuada. 2005;4:201-6.
2. EASL Clinical Practice Guidelines: Autoimmune hepatitis. J Hepatol. 2015;63:971-1004.

**Palabras clave:** Hepatitis. Autoinmunidad.