

EVALUACION DE ICTERICIA EN ADULTOS

ICTERICIA

Coloración amarilla de escleras y piel. para detectarse clínicamente se requiere que bilirrubinemia sea de al menos 2.5 mg %.

ETIOLOGIA

1 HIPERBILIRRUBINEMIA DE TIPO INDIRECTO (NO CONJUGADA)

consecuencia de sobreproducción de bilirrubina (caso de anemias hemolíticas, eritropoyesis inefectiva, absorción de grandes hematomas)

También a conjugación intracelular hepática insuficiente propia del síndrome de Gilbert.

2 HIPERBILLIRRUBINEMIA DE TIPO DIRECTO (CONJUGADA)

A- POR DAÑO HEPATOCELULAR (CON ALZA PREDOMINANTE DE TRANSAMINASAS)

PATOLOGIAS AGUDAS

Mas frecuente origen : viral principalmente virus hepatitis A y B (forma aguda de hepatitis C raramente se detecta clínicamente) . otros virus CMV, Epstein-Barr, virus hepatitis E

ETIOLOGIA NO VIRAL

Paracetamol puede ser hepatotoxico aun en dosis no superiores a 3 g/día en pacientes con DHC

Antibióticos y otros averiguar por consumo actual o reciente de nitrofurantoina, sulfas, Isoniazida, Tetraciclinas, Terbinafina, Ketoconazol. también fenitoina y estatinas

Sustancias hepatotóxicas: consumo reciente x error de hongos que contengan. amanita phalloides sustancia muy hepatótoxica que puede provocar falla hepática fulminante.

Una hepatitis autoinmune puede debutar como hepatitis aguda) como también lo puede hacer la enfermedad de Wilson (x deposito de cobre en el hígado

B- POR DAÑO COLESTASICO (CON ALZA PREDOMINANTE DE FA Y GGT)

Puede ocurrir falla de excreción biliar desde el hepatocito hasta la vía biliar extrahepática a nivel hepatocelular puede deberse a fármacos como clorpromazina, ACO , amoxiclavulánico, sulfas , eritromicina. origen autoinmune como cirrosis biliar primaria y colangitis esclerosante. obstrucción mecánica de vía biliar a cualquier nivel básicamente x litiasis o tu.

CRITERIOS DIAGNOSTICOS Y TRATAMIENTO

Síndrome de Gilbert se caracteriza x ictericia moderada (habitualmente menor de 3 mg % de la cual al menos el 75% es de tipo indirecto. característicamente transaminasas, fa y GGT son normales, como tb. el Hgrma (sin hechos sugerentes de hemólisis). no tiene trascendencia clínica y el dg se puede hacer en atención primaria sin necesidad de derivación.

HEPATITIS AGUDA

Habitualmente el virus A se presenta en personas jóvenes aunque se esta dando en últimos años también en personas de edad media. hay periodo prodrómico con malestar general, anorexia y adinamia que se siguen días después x coluria e ictericia escleral. nivel de transaminasas habitualmente sobre 500 pudiendo llegar a 2 0 3000 u, lo que no constituye criterio de gravedad. síntomas similares se dan en hepatitis b aguda como también en hepatitis x medicamentos . para precisar dg es fundamental tomar marcadores virales :AC Igm para virus a y antígeno de superficie y anticuerpos anticore tipo Igm (estos últimos certifican que se trata de hepatitis b aguda). la hepatitis c rara vez se pesquisa en periodo agudo.

Hasta este nivel es razonable su manejo en atención primaria siendo el tratamiento básicamente reposo hasta que nivel de transaminasas este bajo 200 u. el régimen alimenticio no influye en la evolución, justificándose un régimen hipograso solo en periodo inicial la hepatitis a de curso habitual no deja secuelas ya que el virus se elimina del paciente. en caso de hepatitis b aguda debe derivarse a poli de gastro para seguir curso de infección , asegurándose que no quede como portador (solo 5-10 % de casos agudos). los casos de hepatitis en que no se llegue a dg en atención primaria se derivaran a poli de especialidad para evaluar otras etiologías ya mencionadas anteriormente.

Por otra parte, debe sospecharse evolución inusual si se detecta tendencia a hipoglucemia, protrombina baja que no responde a vitamina k y compromiso del sensorio aunque sea leve. este paciente debe ser enviado de inmediato para hospitalización. ya se menciona que nivel de transaminasas no tiene valor pronóstico.

ICTERICIA Y DHC

Al evaluar a un paciente icterico un punto fundamental es ver si hay estigmas de DHC : hipertrofia parotídea, arañas vasculares ,palma hepática, disminución de vello axilar / pubiano y contractura de dupuytren, a lo que se puede sumar presencia de ascitis y circulación colateral como también eventual flapping . en este contexto debe averiguarse x antecedentes de OH, transfusionales , hábitos sexuales, uso de algún medicamento x tiempo prolongado.

En paciente con DHC icterico evaluar posibilidad de hepatitis x OH la cual, en casos muy severos, puede evolucionar con fiebre, dolor abdominal alto y leucocitosis, lo que puede plantear dg de cólico biliar complicado o de colangitis , cuadro que requiere de hospitalización inmediata. los casos mas moderados de hepatitis x OH se caracterizan x alza moderada de transaminasas (habitualmente < 500 u) en que predomina la SGOT sobre la SGPT (frecuentemente el índice es > 2/1) debiendo derivarse a poli de especialidad.

ICTERICIA DE TIPO COLESTASICO

La historia clínica aporta también en este caso datos fundamentales en una persona joven puede tratarse de evolución colestásica de hepatitis aguda. si es mujer puede tratarse de colestasia por ACO si se trata de una mujer en edad media con antecedente de prurito prolongado que precedió la aparición de ictericia debe considerarse la posibilidad de una cirrosis biliar primaria, en cuyo caso habrá colestasia de laboratorio - alza predominante de fa y GGT - como también presencia de anticuerpos antimitocondriales a titulo significativo. si se tratase de un hombre, habría que considerar una colangitis esclerosante. si al examinar al paciente colestásico se le palpa una vesícula distendida casi indolora se planteara posibilidad de un neo periampular. por el contrario el antecedente de dolor abdominal alto intenso planteara posibilidad de coledocolitiasis.

Las patologías colestásicas en general deben derivarse al servicio de urgencia o a poli de gastroenterología según la urgencia que plantee el caso.

CRITERIOS DE DERIVACIÓN

Toda Ictericia sin Falla Hepática Aguda se deriva a Medicina Interna, con falla hepática aguda se deriva a servicio de Urgencia.

CRITERIOS DE CONTRAREFERENCIA

Hepatitis x drogas: cuando Fx hepática se regulariza, vuelve a atención primaria

pacientes de hepatitis a : una vez normalizadas transaminasas no son necesarios nuevos controles .

Pacientes de virus b si antígeno de superficie se negativiza-(se espera hasta 6 meses post episodio agudo) se controla "sos" en su consultorio. si antígeno sigue + después de 6 meses significa que paso a etapa crónica, acogiéndose a plan auge para TTO. antiviral en atención secundaria.

Pacientes de virus c la mayor parte se detecta cuando son ya portadores crónicos , beneficiarios del plan auge controlándose en nivel secundario

Pacientes de C. bil. primaria se mantienen en control y tto en nivel secundario.

Hepatitis autoinmune se mantiene en control y tto en nivel secundario

Litiasis coledociana resuelta: controles posteriores en atención primaria

DHC resueltas complicaciones como hepatitis OH pueden continuar control en atención primaria

REFERENCIAS

SLEISENGER, GASTROINTESTINAL AND LIVER DISEASES, 2010

PROTOCOLO PREPARADO POR: DR FERNANDO GUTIERREZ V.

DICIEMBRE 2010