Póster discusión

Caso clínico

Paciente de 25 años sin hábitos tóxicos. No tiene antecedentes familiares de hepatopatía. Ha sufrido las enfermedades propias de la infancia y su desarrollo ponderoestatural es normal. A los 17 años, tras sufrir un cuadro gripal, presentó un episodio de ictericia que se autolimitó en una semana. El paciente refiere que, tras una marcha prolongada, con un importante desgaste físico, apareció de nuevo ictericia, no acompañada de ninguna otra sintomatología, que se limitó también en unos cinco días.

En el curso de un año ha presentado dos nuevos episodios de ictericia y consulta por otro nuevo episodio iniciado hace tres días. Nunca ha presentado juntamente con la ictericia malestar general, ni dolor abdominal, ni vómitos, ni diarreas, ni prurito, y ha mantenido siempre una actividad laboral normal.

Cronología

Ante este caso clínico, nuestra primera impresión fue la de que se tratase de un problema a nivel hepático, por lo que solicitamos una prueba bioquímica, centrándonos sobre todo en marcadores hepáticos como son los siguientes:

- Hemoglobina: 15.3 por 100 mL.
- Bilirrubina total: 5.6 mg.
- Bilirrubina no conjugada (indirecta): 4.8 mg.
- GOT: 23 unidades litro.
- GTP: 30 unidades litro.
- Fosfatasa alcalina: 150 unidades litro.

Como exploración física, se realizó una exploración de abdomen en búsqueda de hepatomegalia o esplenomegalia, la cual resultó negativa.

Ante estos hallazgos, lo primero que observamos es la existencia de una hiperbilirrubinemia no conjugada, lo que junto con el valor normal de hemoglobina nos lleva a descartar hemolisis y confirmando por tanto que se trata de una afección en el hígado. De la misma manera, al no encontrar indicios de hiperbilirrubinemia conjugada ni de aumento de la fosfatasa alcalina, podemos descartar también una posible colestasis. Al no existir un aumento en las transaminasas hepáticas descartamos igualmente una posible hepatitis vírica

Todo esto nos llevó a pensar que el problema ante el que nos encontrábamos se enfocaba más hacia una etiología de origen genético metabólico, por lo que empezamos a sospechar sobre

posibles síndromes genéticos compatibles con los datos de la historia clínica, es decir, el síndrome de Gilbert y el síndrome Crigler-Najjar, y a documentarnos sobre ellos.

En este momento realizamos el algoritmo con el diagnóstico diferencial de la ictericia, y gracias a él descartamos el síndrome de Crigler-Najjar debido a que en este síndrome la hiperbilirrubinemia es muy acusada, lo que no se encuentra en nuestro paciente.

Tras obtener un primer diagnóstico, contactamos con nuestro tutor para una confirmación de nuestra hipótesis. Tras esto confirmamos nuestras sospechas y nos dispusimos a la elaboración del póster, dividiéndolo entre los integrantes de nuestro grupo.

Valoraciones

Este póster ha sido de gran ayuda para acercarnos a nuestra futura experiencia a la hora de enfrentarnos a la enfermedad de un paciente.

Hemos aprendido la utilidad que tienen los diagramas para reducir la información más relevante para hacer un diagnóstico diferencial que agilice el proceso. Hemos comprendido la importancia de realizar una buena anamnesis para obtener los datos necesarios y centrarnos en pruebas más inocuas que nos ayuden a orientarnos en el diagnóstico y así poder ir descartando posibilidades, evitando solicitar pruebas innecesarias, para finalmente pedir pruebas específicas y diferenciales de nuestra sospecha diagnóstica.

Hemos podido indagar más acerca de la patología hepática y de vías biliares y hemos aprendido a hacer un diagnóstico diferencial observando la gran variedad de implicaciones que puede tener un único signo como es la ictericia. Para ello, hemos estudiado todas las patologías y síndromes relacionados con los datos proporcionados y las claves para diferenciar unas de otras. Hemos comprendido la importancia de establecer pautas a seguir para no pasar nada por alto y obtener el diagnóstico final de forma acertada.

Todo esto nos ha facilitado la toma de decisiones y hemos podido llegar al diagnóstico reduciendo el número de pruebas diagnósticas que suponían un perjuicio para el paciente o que tuvieran un coste económico elevado.

Por último, queremos destacar la importancia de trabajar en equipo y respetar la opinión de tus compañeros con el fin de llegar al diagnóstico adecuado.

Integrantes del grupo:

Adriano V. Gallego Muñoz

Rafael Fernández Zafra

Laura García Bolívar

Pilar Fuentes Lirio

Blanca Buendía García

Ramón José Ferrón Martínez

Lucía Fuentes Barragán

Manuel Ferre Villegas

Fernando García López

Jose Carlos Fernández Sánchez

David Fernández Sánchez

María Luisa García González

Arturo García de Ángeles