

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021



Minimizar
mejorar
Avanzar

XXV REUNIÓN SEUP

PRIMERA
REUNIÓN
VIRTUAL

DONOSTIA - SAN SEBASTIÁN | 3 AL 6 DE MARZO DE 2021

Minimizar
mejorar
Avanzar

PÓSTER SIN DEFENSA

**NO TODO PACIENTE CON ICTERICIA ESCONDE
PATOLOGÍA DIGESTIVA.**

Gutiérrez González ML, Expósito Expósito MA, Mangas Marín I, Prieto Mayoral A, Jiménez Tejada L, Velázquez González M.

Complejo Hospitalario Universitario Badajoz. Badajoz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

El **diagnóstico diferencial inicial de ictericia no neonatal** debe incluir diferentes entidades, entre ellas, la **anemia hemolítica**, el síndrome de Gilbert, hepatitis viral aguda, tóxica o autoinmune, y cuadros con afectación vía biliar.



Presentamos el **caso clínico** de un paciente con ictericia que presenta en la analítica anemia, hiperbilirrubinemia indirecta, y aumento LDH, por lo que el diagnóstico diferencial se reduce a **anemia hemolítica**, en concreto **de etiología autoinmune**, entidad infrecuente, pero a tener en cuenta, en el diagnóstico diferencial de ictericia no neonatal.

CASO CLÍNICO:



10 años

MOTIVO DE CONSULTA: Ictericia y orinas oscuras de dos días de evolución. Refiere astenia, fiebre y síndrome miccional en las últimas horas. No acolia. No otra sintomatología.

EXPLORACIÓN FÍSICA: Taquicárdica. Regular estado general, coloración de piel y mucosas pálida-ictérica. No adenopatías palpables. Abdomen sin megalias.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:

- **Hb 6,1 g/dl.** Reticulocitos 0.3%. Bilirrubina total 3,9 mg/dl a expensas de indirecta, LDH 542 UI/l, haptoglobina indetectable.
- **Orinas** macroscópicamente **oscuras** (↑ urobilinógeno). No hematuria.
- **Coombs Directo positivo (IgG+ y C3d ++).** Test de Donath Landsteiner y titulación de crioaglutininas ambos negativos.
- Frotis de sangre periférica, aspirado de médula ósea, serologías, autoinmunidad y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos.



JUICIO CLÍNICO:

ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE CALIENTE (AHAI).

TRATAMIENTO:

- Corticoides 1mg/Kg/día e inmunoglobulinas.
- Transfusiones de concentrado de hematíes (x5)

EVOLUCIÓN:

Episodios repetidos de anemia hemolítica coincidiendo con procesos infecciosos.

COMENTARIOS:

- ✓ Ante un episodio de anemia hemolítica es imprescindible el **test de Coombs**. Si este es positivo y se detecten fragmentos cd3 e IgG en la superficie del hematíe, se puede establecer el diagnóstico **AHAI por anticuerpos calientes**.
- ✓ La **AHAI** es **poco común**, su incidencia es 1-3/100.000.
- ✓ Es importante descartar una **enfermedad subyacente**. En el 50% de los casos, la AHAI se relaciona con síndromes linfoproliferativos, enfermedades autoinmunitarias, infecciones y tumores. Imprescindible completar el estudio con **frotis sangre periférica, aspirado de MO, serologías y estudio autoinmune**.