

NO IGNORES A LAS TRANSAMINASAS

Sánchez de Puerta Laguna, Carmen; Tejado Gallego, Isabel;
Manzaneda Navío, Miriam; Trinidad Sevillano, Rubén

Hospital Universitario Virgen del Rocío - Sevilla

INTRODUCCIÓN

- ❖ El hallazgo de **ALTERACIONES EN EL PERFIL HEPÁTICO** en el contexto de sintomatología leve, habitualmente gastrointestinal, es **frecuente** en la práctica clínica.
- ❖ La elevación de enzimas hepáticas es **inespecífica** y puede ser **secundaria** a numerosas condiciones, las más frecuentes las **infecciosas**.
- ❖ No debemos olvidar que **puede tratarse de la primera manifestación de una enfermedad hepática potencialmente grave**, la cual conlleva en ocasiones tan solo una elevación analítica leve.
- **OBJETIVO:** Con este caso clínico pretendemos recordar la **importancia de hacer un seguimiento** de los pacientes con hallazgo de hipertransaminasemia, tratando de filiar la **causa** y valorando la **evolución clínica y analítica**.

CASO CLÍNICO



- ❖ **ANAMNESIS:**
Niño de 5 años que acude a Urgencias Pediátricas por **vómitos de 24 horas** de evolución con nula tolerancia oral, niegan fiebre o diarrea.
- Refieren como único antecedente personal reseñable una **hipertransaminasemia** (AST 96 y ALT 176 U/L) en control analítico hace 10 días solicitado como estudio de posible alergia alimentaria.
- Niegan consumo de fármacos hepatotóxicos en días previos.
- ❖ **EXPLORACIÓN FÍSICA:**
Muestra **TEP alterado en apariencia** con decaimiento y palidez. Mucosa oral y piel secas, auscultación y abdomen sin alteraciones, no palpando visceromegalias ni refiriendo dolor a la palpación abdominal. Signos meníngeos negativos con GCS 15.
- ❖ **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS:**
- Glucemia capilar normal
- Gasometría venosa con acidosis metabólica compensada.
- Analítica de sangre: **HIPERTRANSAMINASEMIA** (AST 179 y ALT 427 U/L), resto de bioquímica, hemograma y coagulación sin alteraciones.
- ❖ **EVOLUCIÓN:**
Pasa a Observación para iniciar rehidratación intravenosa con déficit calculado del 5%.
- Tras mejoría clínica con resolución de signos clínicos de deshidratación y de acidosis metabólica, comentamos caso con compañeros de Digestivo Infantil para valorar ingreso para estudio. Acordamos la extracción, previo al alta, de **serología de posibles causas infecciosas (CMV, VEB, VHS, VVZ, VHA, VHB, VHC, VIH y Toxoplasma)** y la **derivación a su pediatra de Atención Primaria** para realizar seguimiento clínico y analítico dado el buen estado clínico del paciente.
- ❖ **CONTROL ANALÍTICO TRAS 7 DÍAS:**
Descenso de transaminasas (AST 90 y ALT 132 U/L) y la probable causa: **IgM de CMV positiva** con IgG negativa.

CONCLUSIONES

- El hallazgo de hipertransaminasemia debe tenerse en consideración, debiendo realizar **seguimiento clínico y analítico en 1-2 semanas** de forma ambulatoria u hospitalaria.
- La **búsqueda de una causa infecciosa** debería ser prioritaria dado que es la **más frecuente**.
- *Elevaciones discretas no deben obviarse por completo, pudiendo estar ante una hepatopatía potencialmente grave en periodo inicial.*