



Capítulo 34

ICTERICIA

M. Amengual Occhi - J. M. Carrobles Jiménez

CONCEPTO

Coloración amarilla de piel y mucosas debida a un aumento de la bilirrubina (normal entre 0.3-1 mg/dl). Clínicamente evidente cuando la bilirrubina es mayor de 2-2.5 mg/dl. Se debe diferenciar de otras causas de coloración amarilla cutánea como la carotenemia en la que a diferencia con la ictericia, nunca se pigmenta la esclerótica.

CLASIFICACIÓN

Se debe a una alteración en el metabolismo de la bilirrubina.

- Aumento de bilirrubina indirecta (BI) o no conjugada:** BI > del 85% del total. No coluria, acolia ni hipocolia.
 - ▲ Aumento de producción: hemólisis, reabsorción de grandes hematomas, eritropoyesis ineficaz.
 - ▲ Alteración del transporte y la captación: sulfamidas, ácido flavaspídico, ayuno, sepsis, posthepatitis viral.
 - ▲ Alteración de la conjugación: ictericia fisiológica del recién nacido, enfermedad de Gilbert, enfermedad de Crigler-Najjar, novobiocina, cloranfenicol...
- Aumento de la bilirrubina directa (BD) o conjugada:** BD > del 50% del total. Aparece coluria, acolia o hipocolia.
 - ▲ Alteración de la excrección:
 - INTRAHEPÁTICA: puede ser hereditaria (Sd. Rotor, Sd. Dubin-Johnson) o adquirida (hepatitis viral o alcohólica, infiltración hepática de cualquier etiología, cirrosis, tumores hepáticos primarios y secundarios, fármacos, embarazo, colestasis recurrente benigna, CBP, colangitis esclerosante, sepsis...).
 - EXTRAHEPÁTICA: obstáculo en el árbol biliar. Puede ser congénito (atresia de vías biliares) o adquirido (cálculos, tumores, compresión extrínseca).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Una vez confirmada la existencia de ictericia, se debe intentar diferenciar si es debida a un aumento de BI (ictericia hemolítica y otras hiperbilirrubinemias no conjugadas) o de BD (ictericia hepatocelular o ictericia obstructiva). El fraccionamiento se puede solicitar en Urgencias. La aparición de bilirrubina en orina es signo de hiperbilirrubinemia conjugada o aumento de BD.

ANAMNESIS

Es importante resaltar la existencia de hábitos tóxicos (alcohol, drogas, fármacos), antecedentes de transfusión, intervenciones quirúrgicas anteriores, antecedentes familiares de ictericia, viajes a áreas endémicas de hepatitis o contacto con enfermos afectados, existencia de dolor abdominal, náuseas, vómitos, fiebre, pérdida de peso, anorexia, etc. Se debe indagar la forma de comienzo y evolución temporal de la ictericia.

La existencia de anorexia, malestar general, mialgias, pródomos de tipo viral, exposición infecciosa conocida, antecedentes de transfusiones, uso de drogas IV, alcohol, fármacos hepatotóxicos o antecedentes familiares de ictericia sugieren enferme-

dad hepatocelular; mientras que la existencia de dolor abdominal, fiebre, escalofríos, cirugía biliar previa y edad más avanzada orientan hacia enfermedad obstructiva.

EXPLORACIÓN

La aparición de ascitis, estigmas de hepatopatía crónica (eritema palmar, arañas vasculares, ginecomastia, hipertrofia parotídea, retracción palmar), hepatomegalia, esplenomegalia o signos de encefalopatía, orientan hacia origen hepatocelular mientras que la fiebre, hipersensibilidad a la palpación abdominal, masa abdominal palpable, coluria, prurito, lesiones de rascado o xantelasmas a obstrucción.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

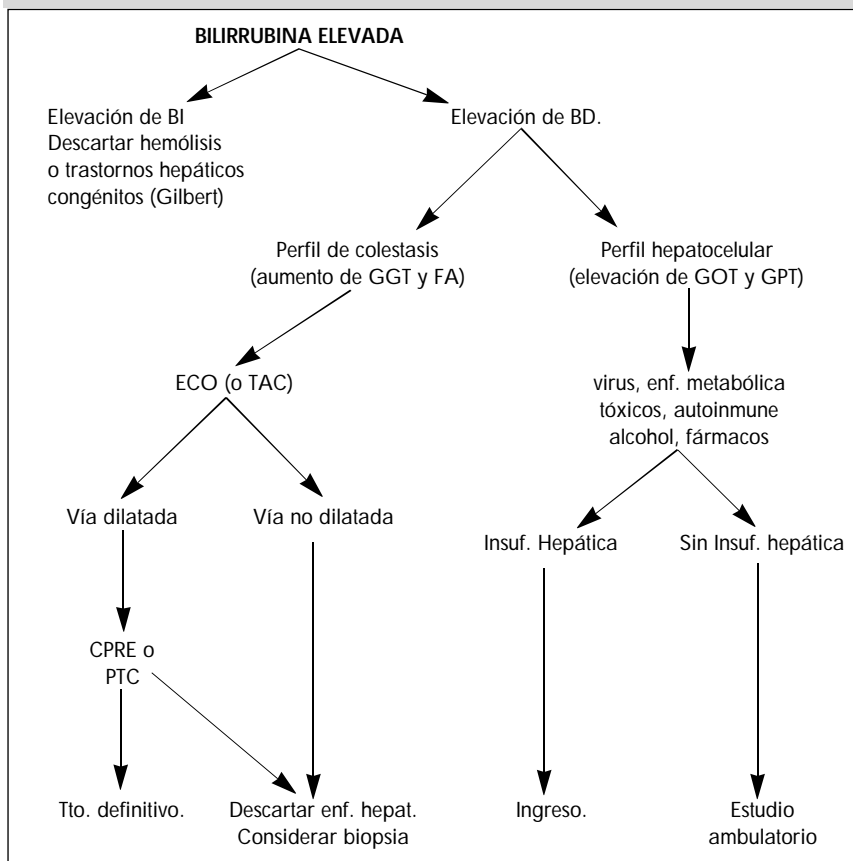
- **ANALÍTICA:** se debe solicitar un *S. Sangre, Estudio de coagulación, Bilirrubina, GOT, GPT, GGT, FA, LDH y S. Orina*. El hemograma confirmará o descartará la existencia de anemia. Si se sospecha anemia hemolítica, determinar reticulocitos, extensión de sangre periférica y test de Coombs.
 - ▲ Si aumento de bilirrubina con **transaminasas y FA normales:** es improbable que se deba a obstrucción biliar o enfermedad hepatocelular (investigar hemólisis o defectos aislados del metabolismo de la bilirrubina).
 - ▲ Si **aumento predominante de transaminasas (citolisis)** y tiempo de protrombina alargado que no corrige con vitamina K, sospechar origen hepatocelular.
 - ▲ Si **aumento predominante de bilirrubina y FA**, amilasa sérica elevada, T. Quick normal o bajo que se normaliza tras vitamina K, sospechar origen obstructivo.
 - ▲ Si los antecedentes, la exploración y las pruebas de laboratorio sugieren obstrucción biliar, se debe realizar un estudio de imagen (ecografía o TAC) para confirmar la presencia de obstrucción biliar y localizarla o para excluirla.
- **ECOGRAFIA:** permite valorar el estado de la vía biliar, la existencia de coleditiasis, el parénquima hepático y esplénico, la existencia de ascitis y el calibre de la porta. Se debe realizar en Urgencias **siempre que exista ictericia**.
- **RX ABDOMEN:** puede ser útil para reconocer un aumento del tamaño del hígado o del bazo, la presencia de ascitis, calcificaciones hepáticas o la detección de aire o gas en el hígado, sistema biliar o en la porta.

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO

- ▲ En la ictericia de origen **hepatocelular** el tratamiento dependerá de la etiología. Se debe **ingresar** siempre que existan datos de **insuficiencia hepática** (ver capítulo 37). En la hepatitis aguda, la edad avanzada, existencia de enfermedades previas, encefalopatía, descompensación hidrópica, bilirrubina elevada, hipoglucemia, hipoalbuminemia o alargamiento del tiempo de protrombina (valores < 40-50%) son factores que indican gravedad.
- ▲ En la **ictericia obstructiva** se debe **ingresar al paciente siempre**. El tratamiento debe ser:
 1. **Médico:** Analgésicos; antibióticos de amplio espectro si sospecha de colangitis: Imipenem 500 mgr iv/6h, Piperacilina-Tazobactam 4/0.5 gr iv/8h, Meropenem 1 gr iv/8h ó Amoxicilina- Clavulánico 1gr iv/8h (Ver capítulo 35); Colestiramina un sobre (3 gr) 30 minutos antes de cada comida si prurito; Vitamina K 1 ampolla iv / 24 h si alteraciones de la coagulación.
 2. **Solución de la obstrucción:** Mediante Colangio Pancreatografía Retrógrada Endoscópica (CPRE) o bien Colangiografía Trans Parietohepática (PTC) o bien quirúrgicamente según la etiología.

- ▲ En la **anemia hemolítica** el tratamiento urgente dependerá de la severidad de la anemia.

ALGORITMO PARA EL MANEJO DE LA ICTERICIA



BIBLIOGRAFÍA:

- ▲ Lidofsky S, Scharschmidt, B. Ictericia. En: Sleisenger-Fordtran, eds. Enfermedades gastrointestinales y Hepáticas. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento, 6ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2000. p. 246-254.
- ▲ Abellan J, Tomas E. Ictericia. En: Acedo MS, Barrios A, Díaz R, Orche S, Sanz R M, eds. Manual de diagnóstico y terapéutica médica. Hospital Doce de Octubre. 6ª ed. Madrid p. 487-495.
- ▲ JM Moreno Planas y MI Vera Mendoza. Ictericia. En: Moya Mir M S, ed. Normas de actuación en urgencias. Clínica Puerta de Hierro. Madrid: p.224-227.