

Ictericia fuera del periodo neonatal



Laura Ramírez Sánchez (Rotatorio Pediatría)
Tutor: Dr. Germán Lloret (Urgencias Pediatría)

CASO CLÍNICO

Lactante de 1 mes y 15 días de edad remitida por persistencia de coloración icterica y escasa ganancia ponderal la última semana

Antecedentes:

- Embarazo controlado normoevolutivo
- No antecedentes medico-quirúrgicos de interés
- No tratamiento habitual
- Vacunación no iniciada

Exploración física:

T^a 36.4°C Peso: 3,860 Kg

BEG. Ictericia cutánea (Kramer 2-3) y conjuntival



PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

❖ **AS:** Bilirrubina total 11 mg/dL Bilirrubina directa 0,46 mg/dL
Bilirrubina indirecta 10,54 mg/dL GOT 133 U/L GPT 56 U/L
GGT 92 U/L FA 460U/L LDH 427 U/L. Resto normal

❖ **Ecografía abdominal:**

Píloro de morfología y apariencia conservada. Estómago no distendido. Hígado de tamaño normal. Vesícula biliar presente, no dilatación de vía biliar. Riñones de tamaño y morfología normal. Vejiga vacía. Bazo de tamaño normal. No hallazgos significativos

❖ Se extrae **serología** de virus hepatótrofos

ICTERICIA FISIOLÓGICA VS PATOLÓGICA

FISIOLÓGICA

- **BD ≤ 2 mg/dL**
- **BI en sangre de cordón ≤ 3 mg/dL**
- **Incremento de la bilirrubina total ≤ 5 mg/dL/día**
- **Duración inferior a 7 días.**
- **Bilirrubina total ≤ 12 mg/dL en RNT**
- **Inicio después de las 24 horas de vida**
- **Ausencia de patología de base**

PATOLÓGICA

- **Ictericia antes de las 24 horas**
- **Ritmo de aumento de bilirrubina mayor de 0.5 mg/dL/hora**
- **Bilirrubina total mayor de 13/dL en el recién nacido a término**
- **Duración mayor de 7 días en recién nacido a término**
- **Bilirrubina directa sea mayor de 1.5 mg/dL o 20 % de la bilirrubina total.**

ETIOLOGÍA

HIPERBILIRRUBINEMIA INDIRECTA

- Aumento de producción
- Disminución de la conjugación hepática
- Competencia enzimática
- Disminución de la captación hepática

HIPERBILIRRUBINEMIA DIRECTA

- Obstrucción de vía biliar extrahepática:
atresia de vías biliares extrahepáticas
- Alteración intrahepática:
 - Obstrucción: enfermedad de Alagille
 - Estasis sin obstrucción: fibrosis quística
 - Citólisis: hepatitis neonatal idiopática

MIXTA

- Enfermedad de Dubin-Johnson
- Enfermedad de Rotor

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- **Atresia de vías biliares extrahepáticas**

- **Ictericias por sobreproducción de bilirrubina**
 - Anemias hemolíticas inmunes
 - Anemias hemolíticas no inmunes (hemoglobinopatías, fármacos...)

- **Ictericias por defectos de la conjugación**
 - Síndrome de Gilbert
 - Síndrome de Crigler-Najjar II

- **Otras:**
 - Infecciones
 - Hipotiroidismo congénito
 - Síndrome de Arias

EVOLUCIÓN

- Durante la observación presenta buen estado general y realiza varias tomas de LM
- Las pruebas complementarias son compatibles con deshidratación leve. La elevación de las transaminasas es leve y no tiene repercusión clínica
- Se acuerda ALTA, con control exhaustivo por parte del pediatra, en 48h, que monitorizará el peso e informará de los resultados de la serología

BIBLIOGRAFÍA

- Marín-Ferrer M, Ordoñez-Saez, O, Palacios-Cuesta A. Manual de Urgencias de Pediatría. Ergón. 2011; 8: 383-91
- Guerrero-Fernández J, Cartón-Sánchez A.J, Barreda-Bonis A.C, Menéndez-Suso J.J, Ruíz-Domínguez J.A. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. 2018. 14; 205-10
- Roy-Chowdhury N, Roy-Chowdhury J. Classification and causes of jaundice or asymptomatic hyperbilirubinemia. Chopra S, Rand EB, eds. 2016
- Shaked O, Peña BM. Evaluation of jaundice caused by unconjugated hyperbilirubinemia in children. Rand EB, ed. 2016

