Hiperbilirrubinemia en la adolescencia.

Autores: Aurora Santamaría Godoy (1), María del Mar Vallecillos Pérez (2), Silvia Atienza López (3)
Filiación: (1) Centro de salud Ejido Sur; (2) centro de salud Santamaría del Águila; (3)Centro de salud de Salobreña

Introducción:

El trastorno hereditario más común de la glucuronidación de la bilirrubina es el síndrome de Gilbert . Se caracteriza por episodios recurrentes de ictericia y puede ser desencadenada por, la deshidratación, el ayuno, una enfermedad intercurrente o el esfuerzo excesivo entre otras causas.

Descripción sucinta del caso

Paciente varón de 15 años que acude a nuestra consulta de primaria por cuadro de malestar general y dolor abdominal de 3 días de evolución. Lo relaciona con sobreesfuerzo por una competición de atletismo.

En la exploración destaca una ictericia conjuntival leve y un abdomen molesto a la palpación de forma difusa sin signos peritoneales y sin defensa.

Se solicita una analítica donde destaca una hiperbilirrubinemia no conjugada con una bilirrubina total de 3,5 mg /dl sin otras alteraciones en hemograma ni en bioquímica hepática (transaminasas y fosfatasa alcalina normales). Ecografía abdominal normal.

El diagnóstico diferencial se hace con enfermedades que provocan elevación de los niveles de bilirrubina en sangre: Síndrome de Crigler-Najjar: bilirrubina indirecta muy elevada oscilando entre 6 y 45 mg/dL. Síndrome de Dubin-Johnson: elevación de fracción directa. Anemia hemolítica.

Aplicaciones prácticas

El aspecto más importante del diagnóstico del síndrome de Gilbert es el reconocimiento de la enfermedad sin someter a los pacientes a pruebas invasivas innecesarias. El diagnóstico se establece sobre la base de la hiperbilirrubinemia leve en pacientes sin enfermedad hepática aparente o hemólisis.

Aparte de la ictericia, los pacientes son típicamente asintomáticos. El diagnóstico se realiza mediante la exclusión de otras causas de la hiperbilirrubinemia no conjugada. No se necesita tratamiento pues no tiene ninguna repercusión sobre la calidad de vida de quien la presenta, aunque puede ser un factor de riesgo para la toxicidad de algunos medicamentos, como paracetamol o irinotecán.

BIBLIOGRAFIA

Eguía del Valle A, Aguirre Urízar jm, Sagasta Pujana O. Tratamiento del Síndrome de Boca ardiente: Análisis crítico de la literatura y propuesta de un protocolo. Revista Vasca de Odontoestomatología 2002; 12: 24-30.

Chimenos Kustner E, Marques Soares MS. Boca ardiente y saliva. Medicina Oral 2002; 7: 244-53.

Moreno Gimenez J. Glosodinia antes y después del diagnóstico. Piel. 2005;20:524-9.