

Dona de 35 anys sense costums tòxiques ni al·lèrgies a medicaments conegudes, natural de Marroc presentava nàusees, icterícia i pruija i havia estat avaluada al seu país d'origen sense que es pogués arribar a cap diagnòstic. Havia pres Metronidazol i Ciprofloxacino mesos abans de la clínica per una gastroenteritis aguda.

Consulta al nostre hospital per persistència d'icterícia i pruija de 6 mesos d'evolució. S'afegia pèrdua d'aproximadament 13 kg de pes en aquest període sense referir dolor abdominal, febre ni diarrees. A la exploració física la pacient presentava un estat general conservat, alçada 168 cm. i 50 kg de pes. Es trobava conscient i orientada i les constants vitals foren normals. Afebril, destacant coloració ictérico-verdinica amb lesions cutànies de gratat. No hi havien estigmes d'hepatopatia crònica. No es palpaven adenopaties. La exploració cardíaca i de l'aparell respiratori va ser normal. L'abdomen era tou i depressible sense visceromegàlies ni semiologia d'ascites. No hi havien edemes a les extremitats ni lesions cutànies.

L'hemograma mostrà una Hb 10.5 g/dl, VCM 97 fl, HCM 32 pg, leucòcits 10.900 amb fórmula normal, plaquetes 481000. La bioquímica mostrà glucosa, funció renal e ions dins de la normalitat. El perfil hepàtic era el següent: AST 255 U/l, ALT 133 U/l, GGT 227 U/l, fosfatasa alcalina de 239 U/l, bilirrubina 15.4 mg/dl (conjugada 14.7mg/dl) amb coagulació normal. La proteïna C reactiva ve ser de 11.8 mg/l, VSG 91 mm, amilasa 78 U/l, colesterol 202 mg/dL, triglicèrids 230 mg/dl, proteïnes 80 g/L, albúmina 37 g/L, proteinograma estrictament normal, dosificació d'inmunoglobulines ( Ig A normal, Ig G 20.27 g/L , i IgM 3.35 discretament elevades segons valors de referència). L'estudi del metabolisme del ferro i del coure varen ser normals. L' estudi d'autoimmunitat va mostrar ANA +1/640 i els SMA+1/40 mentre que els AMA, LKM , pANCA i la resta de autoanticossos varen ser negatius. Els haplotips HLA-DQ2 van ser positius i HLA-DQ8 va ser negatiu. La determinació d'alfa-1-antitripsina va ser normal. Els Ac. Anti-trasnglutaminasa tipus IgA va ser també normal. Les serologies per al virus de la hepatitis A (IgM VHA) ,virus de la hepatitis B ( Ag VHb , IgM VHb i IgG VHb) i virus de la hepatitis C (Ac VHC i RNA) van ser negatius així com la IgM del virus d' Ebstein-Barr (VEB) i de la immunodeficiència humana (VIH). La IgM del virus de l'herpes simple (VHS) va resultar positiu dèbil 1.27 i el IgM del citomegalovirus (CMV) dubtós, requerint repetir la anàlisi en ambdós situacions

La ecografia abdominal mostrà un fetge de dimensions conservades, homogeni i sense lesions ocupans d'espai. Vesícula poc distesa. Vies biliars no dilatades. La TAC toraco-abdominal realitzada que no es va poder fer amb contrast per possible al·lèrgia, informava mínima ocupació del segment apicoposterior del LSI que podria correspondre a lleu condensació parenquimatososa en fase de resolució. Fetge i melsa de dimensions conservades, sense dilatació de la via biliar amb pàncrees mal visualitzat. La colangiografia RNM informava d'hepatomegàlia difusa amb àrees d'estenosi llarga de la via biliar intrahepàtica del lòbul hepàtic dret, de la porció proximal del hepàtic comú i del confluent sense dilatacions proximals a la via biliar afecta. Pàncrees augmentat de mida sense visualitzar Wirsung. Colèdoc normal. Es va practicar estudis endoscòpics on la colonoscòpia i la gastroscòpia van ser normals. La biòpsia gàstrica va evidenciar presència d'infecció per Helicobacter pylori i la biòpsia duodenal enteritis linfocítica MARSH 1. . Es va fer estudi amb PPD i broncoscòpia amb cultius i BK per descartar infecció per tuberculosi.