



# Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 210/95 - ¡Me veo amarillo, doctora!

F.M. Aceituno Villalba<sup>a</sup>, A. Balsalobre Matencio<sup>b</sup>, I. Escudero Muñoz<sup>c</sup>, A. Sánchez Martínez<sup>d</sup>, C. Bolarín Angosto<sup>b</sup> y A.C. Menéndez López<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Javier. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torre Pacheco. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Javier. Murcia. <sup>d</sup>Médico de Familia. Centro de Salud San Javier. Murcia.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón, 78 años, NAMC, HTA. Colelitiasis. Bloqueo bifascicular. Úlcera duodenal. Tratamiento: losartan/hidroclorotiazida, omeprazol. Refiere dolor abdominal, vómito posprandial ocasional y febrícula desde hace 2 semanas, siendo diagnosticado de cólico hepático (analítica con transaminasas 400-800, PCR 24, ecografía abdominal pendiente). Hace 5 días, tras ingesta de pimientos, nuevo episodio con escalofríos, fiebre de 39 °C y pérdida de peso subjetiva por descenso de ingesta, por lo que consulta de nuevo.

**Exploración y pruebas complementarias:** BEG. C.O. Ictericia TA: 115-58. FC: 71 lpm. T<sup>a</sup> 36,5 °C. AC: RSS. AP: MVC. Abdomen: blando y depresible, sin megalías. Leve dolor en hipocondrio derecho. Analítica: AP 60%, 23.420 leucocitos, hemoglobina 13,9, urea 81, creatinina 2,2, Bt 1,1, GOT 105, GPT 130, GGT 88, LDH 398, PCR 26, procalcitonina > 0,5 y 0,2. Orina: cilindros hialinos. Urocultivo negativo. ECG: ritmo sinusal, 75 lpm, BIRDHH, bloqueo bifascicular anterior izquierdo. Rx tórax-abdomen: normales. Ecografía abdomen: esteatosis parcheada, abscesos en formación. Burbujas de gas intrahepático y colecistopatía crónica con colelitiasis en vesícula colapsada. Vía biliar no dilatada. TC abdomen-pelvis con contraste vo e iv: en segmento VI hepático, dos abscesos de 5,5 y 7,3 cm, vesícula biliar colapsada, colédoco de 10 mm, neumobilia. ColangioRM: litiasis/barro biliar en porción pancreática del colédoco. CPRE: esfinterotomía y dilatación leve de vía biliar. Coledocolitiasis y barro biliar.

**Juicio clínico:** Colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis complicada con abscesos hepáticos. Esfinterotomía y extracción de coledocolitiasis mediante CPRE.

**Diagnóstico diferencial:** Fístula biliar, infección de quiste del colédoco, colangio-hepatitis oriental, colecistitis, síndrome de Mirizzi...

**Comentario final:** Se inicia antibioterapia empírica con piperacilina-tazobactam iv. Se realiza nuevo TAC de control, con persistencia de abscesos hepáticos, por lo que se realiza drenaje percutáneo, sin obtener material. Tras mejoría clínica, se cambia a antibioterapia vo durante 7 semanas (por la lenta resolución de las lesiones). Es característica la tríada de Charcot: fiebre intermitente, dolor en hipocondrio derecho e ictericia. La antibioterapia urgente es la medida inicial fundamental y el procedimiento de elección para el drenaje de la vía biliar es la CPRE.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Qureshi. Approach to the patient who has suspected acute bacterial cholangitis. *Gastroenterol Clin.* 2006;35:409-23.
2. Wada K, Takada T, Kawarad Y, Nimura Y, Miura F, Yoshida M, et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute colangitis: Tokio guidelines. *J Hepato-Biliary Pancreat Surg.* 2007;14:52-8.