



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

410/41 - LO BUENO, SI BREVE, DOS VECES BUENO

M. Ochoa Vilor¹, V. Amores Sierra², P. Méndez Da Cuña³, A. Gallego Gallego⁴, R. Escudero González⁵, J. Morais García⁴

¹Médico Interno Residente. Centro de Salud La Condesa. León. ²Médico Interno Residente. Centro de Salud Trabajo del Camino. León. ³Médico Interno Residente. Centro de Salud de La Palomera. León. ⁴Médico Interno Residente. Centro de Salud Eras de Renueva. León. ⁵Médico Interno Residente. Centro de Salud de Armunia. León.

Resumen

Descripción del caso: Antecedentes personales: bebedor moderado. Neuropatía del III par craneal derecho idiopática. Gammapatía monoclonal de significado incierto. Esteatosis hepática. Neoplasia de páncreas intervenida en enero de 2018 realizándose cirugía con doble derivación biliar y digestiva con hepatoeyunostomía y gastroyeyunostomía en Y de Roux. En tratamiento quimioterápico paliativo. Anamnesis: Varón de 67 años que acude a la consulta de su médico de Atención Primaria por dolor en hipocondrio derecho y molestias en flanco izquierdo de 5 horas de evolución. Además, el día anterior presenta vómitos de contenido bilioso, deposiciones acólicas y coluria. Sudoración, temblores y sensación febril.

Exploración y pruebas complementarias: Exploración física: COC. Mal estado general. TA 125/70. T^o 37,9 °C. AC: RsCsRs sin soplos. AP: MVC sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación superficial, Murphy positivo. RHA+. Resto normal. Ante estos hallazgos derivamos al servicio de urgencias para realizar pruebas complementarias. Analítica: hemoglobina 10,5 g/dl. Leucocitos 11.400 (86% N). AST 15, ALT 19, GGT 58, FA 66, amilasa 26, BiT 0,94, PCR 476. ECG: taquicardia sinusal a 130 lpm. PR 124 ms, QRS estrecho, eje a 60, no alteraciones de la repolarización. Rx de tórax: ICT normal. No signos de condensación ni pinzamiento de senos costofrénicos. Rx de abdomen: se aprecia endoprótesis biliar, gas en hemiabdomen derecho. No se aprecia patología aguda. Ecografía abdominal: Hígado parcialmente visualizado. Vena porta permeable. Vía biliar intrahepática se visualiza prominente. Aerobilia. Prótesis permeable con contenido en su interior. Dilatación difusa de Wirsung, alcanza 9mm, sin cambios. Masa de partes blandas adyacente a la prótesis (ya se visualizaba en TC previo). En localización de la cola del páncreas se visualiza la colección conocida (pseudoquiste) que ha aumentado de tamaño con respecto a TC previo, actualmente mide 13 cm. Ambos riñones de tamaño, morfología, ecogenicidad normal. Vía excretora no dilatada. Bazo no visualizado. Calibre de aorta normal. Vejiga vacía no valorable. No se observa líquido libre. Hemocultivos: positivo para Klebsiella pneumoniae. Urocultivo negativo.

Juicio clínico: Sobreinfección de pseudoquiste pancreático. Pancreatitis crónica reagudizada.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda. Obstrucción de prótesis biliar. Progresión de enfermedad neoplásica. Hepatitis. Complicaciones posquirúrgicas (adherencias, obstrucción intestinal...).

Comentario final: El paciente recibe tratamiento sintomático y antibiótico empírico, ajustando posteriormente a antibiograma, con evolución favorable. Siendo dado de alta a los 7 días, con seguimiento domiciliario por atención primaria y cuidados paliativos. Este caso clínico pone de manifiesto la importancia,

independientemente de la especialidad médica, de la cooperación, coordinación y comunicación entre los servicios de atención primaria, urgencias y unidad de paliativos para llevar a cabo un seguimiento estrecho, detección y tratamiento precoz de las complicaciones en pacientes en situación terminal. Cabe destacar que el objetivo principal, en este tipo de pacientes tan complejos, es lograr, además de paliar, mantener una atención integral y continua, elaborando previamente de manera conjunta un plan de atención individualizada, que abarque todos los recursos disponibles en los distintos niveles asistenciales, gracias al compromiso y organización de los mismos. Una actuación inmediata y multidisciplinar evita consecuencias que pueden empeorar la calidad de vida del paciente.

Bibliografía

Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y Emergencias: Guía Diagnóstica y Protocolos de Actuación, 5^a ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, et al, eds. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed. México: McGraw-Hill; 2012.