

329/121 - COLANGITIS AGUDA EN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO

D. Martínez Revuelta¹; J. Bustamante Odriozola²; I. Rivera Panizo¹; M. Gómez González³; A. del Rey Rozas⁴; L. Alonso Buznego⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo-Costa. Cantabria. ²Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Isabel II. Cantabria. ³Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Alisal. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria. ⁵Médico Residente de Oncología Médica. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Una mujer de 74 años con antecedentes personales de artrosis de columna lumbar en tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos, diagnosticada recientemente de un adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado, con colocación de prótesis biliar vía CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) por ictericia obstructiva y actualmente en tratamiento con quimioterapia, consulta en su centro de salud por febrícula con tiritona e ictericia de 3 días de evolución. La paciente asocia dolor abdominal predominantemente en hipocondrio derecho y coluria.

Exploración y pruebas complementarias: En el examen físico destacaba temperatura de 38,8 °C, reaparición de ictericia de piel y mucosas que se había resuelto tras la colocación de la prótesis biliar y un abdomen blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo y con peristaltismo preservado. Ante la sospecha de colangitis aguda es remitida a Urgencias hospitalarias donde se extraen hemocultivos y una analítica pone de manifiesto bilirrubina total de 10,6 mg/dl, AST 101 U/l, ALT 222 U/l, GGT 888 U/l, fosfatasa alcalina 354 U/l y amilasa 58 U/l, procalcitonina 5,17 ng/ml con función renal normal. En hemograma destacan 5000 leucocitos/?l con 3% de cayados. Se completa estudio con TAC abdominal que describe vesícula biliar sobredistendida con paredes de aspecto edematoso, y pequeña lámina de líquido perivesicular, sin cambios inflamatorios de la grasa adyacente. Vía biliar intra y extrahepática dilatadas, alcanzando el colédoco los 2 cm de diámetro máximo con prótesis biliar aparentemente bien situada. Establecido el diagnóstico de colangitis aguda ingresa para administración de antibioterapia empírica, sueroterapia intensiva y valoración de realización de nueva CPRE.

Juicio clínico: Colangitis aguda en paciente con adenocarcinoma de páncreas localmente avanzado.

Diagnóstico diferencial: La tríada de Charcot (fiebre, ictericia y dolor abdominal) presente en esta paciente ya es muy sugestiva de colangitis aunque siempre se debe hacer diagnóstico diferencial con pancreatitis, con mas razón si ha habido antecedentes de manipulación de la vía biliar como es una CPRE para colocación de la prótesis biliar. También se podría plantear un diagnóstico diferencial con colecistitis o incluso progresión de la enfermedad neoplásica.

Comentario final: La incidencia de colangitis aguda tras CPRE se sitúa según distintas series en torno a un 5 % pudiendo ser superior en pacientes con cáncer de páncreas, los gérmenes mas habituales son las bacterias gram negativas tipo E. Coli. Es importante una buena anamnesis y examen físico para detectar dichas

complicaciones aunque las pruebas de imagen suelen ser necesarias para la confirmación de dicho proceso.

Bibliografía

-Kostrzewska, M, Baniukiewicz,A, Wroblewski E, Laszewicz W, Swidnicka-Siergiejko A, Piotrowska-Staworko G et al. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and their risk factors. *Adv Med Sci.* 2011;56(1):6-12.

-Van der Gaag N, Rauws EA, Van Eijck C et al. Preoperative biliary drainage for cancer of the head of the páncreas N Engl J Med. 2010;362:129-37.