

329/134 - FIEBRE, ICTERICIA Y DOLOR ABDOMINAL

P. Minchong Carrasco¹; S. Lisca Pérez²; I. Veli Cornelio³; R. Taipe Sánchez⁴; G. Rosario Godoy³; N. Otero Cabanillas⁵.

¹Médico Residente. Centro de Salud Centro. Cantabria. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santoña. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alisal. Cantabria. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón, 83 años. Hipertenso, hiperuricemia. Consulta en atención primaria por dolor abdominal difuso de 5 días, que se trató con butilescopalamina con mejoría parcial. Acude a consulta para resultados analíticos y su médico objetiva la presencia de ictericia, además de alteración del perfil hepático en los mismos, por lo que deriva a urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 37,8°C. Ictericia generalizada. Abdomen blando, dolor a la palpación en hemiabdomen superior con Murphy negativo. Analítica: Urea 66 mg/dl, Creatinina 1,20 mg/dl, Bilirrubina 6 mg/dl, AST 406 U/l, ALT 560 U/l, GGT 226 U/l, fosfatasa alcalina 138 U/l, LDH 255 U/l, amilasa 49 U/l, PCR 8,3 mg/dl, leucocitos 2.800/?1 (S 74,6%, L 10,3%), hemoglobina 10,6 g/dl, hematocrito 31,3 %, resto sin alteraciones. Hemocultivos: E. Coli BLEE. Serología Hepatitis: negativas. Eco Abdominal: vesícula biliar con grosor parietal discretamente aumentado sin litiasis. No colecciones perivesiculares. No dilatación de vías biliares intrahepáticas. TAC Abdominal: hígado de volumen, morfología y densidad normales. No LOES intraparenquimatosas. Porta permeable. Vesícula biliar distendida. Vía biliar intrahepática no dilatada. Ectasia de la vía biliar extrahepática alcanzando un diámetro máximo a nivel del colédoco distal (10 mm), sin observarse defectos de repleción en su interior ni cambios bruscos de calibre. CPRE: papila localizada en segunda porción duodenal, adyacente a un divertículo. Vía biliar discretamente dilatada a nivel distal, con defecto de repleción a nivel del colédoco distal, del cual se extrae un cálculo. Tras la esfinterotomía se produce leve diátesis que se controla mediante presión con balón.

Juicio clínico: Colangitis Aguda. Bacteriemia por E. Coli.

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis. Hepatitis Aguda

Comentario final: Tras CPRE resolución progresiva del cuadro con normalización de enzimas hepáticas y mejoría clínica. La colangitis aguda es una patología que se presenta en condiciones específicas de aumento de presión por obstrucción de la vía biliar y colonización bacteriana de la misma. Puede variar desde casos leves hasta muy severos. Su presentación es variable, por lo que su diagnóstico no siempre es sencillo. Las causas más comunes de obstrucción de la vía biliar son la coledocolitiasis, estenosis benignas o de anastomosis biliar-entéricas, colangiocarcinoma y cáncer periampliar. En los pacientes portadores de colelitiasis asintomática, el riesgo anual de desarrollar un cólico biliar es de 1%, de desarrollar coledocolitiasis (la principal causa de colangitis) 0,2%, y pancreatitis biliar entre 0,04 y 1,5%. Desde atención primaria es importante no solo detectar la clínica y signos de alarma de forma temprana para derivar

de forma oportuna a los pacientes, sino también identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar una colangitis grave (edad avanzada, fiebre, hipotensión, taquicardia, leucocitosis, trombocitopenia, alteración de la coagulación, alteración de la función renal, duración de la enfermedad, enfermedad maligna de base, entre otros), planteando una opción de tratamiento preventiva.

Bibliografía

- Almirante B, Pigrau C; Colangitis Aguda; Enferm Infect Microbiol Clin. 2010;28(Supl 2):18-24
- Orellana Soto P; Presentación, diagnóstico y terapéutica de la colangitis aguda Med. leg. Costa Rica. 2014;31(1)