



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3590 - Diagnóstico y Objetivos de Seguimiento de Paciente con Cirrosis Biliar Primaria

A. García Saorín^a, S. Hernández Baño^b, J. Ballesta Lozano^b, C. García-Giralda Núñez^c, E. Ruiz García^b, M. Solana Palazón^b, M. Conesa Otón^b, S. Herreros Juárez^b y M. Serna Martínez^b

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Cieza. Murcia. ^bMédico Residente. Centro de Salud Cieza Oeste. Murcia. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Caravaca. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 80 años actualmente, que el año 2011 presenta en una analítica de control una GGT 282, FA 151. En fase asintomática. Antecedentes: dislipémica, en tratamiento con sintrom por valvulopatía, HTA, hipotiroidea. Se decide comenzar a realizar los estudios pertinentes para objetivar el origen de dicha alteración.

Exploración y pruebas complementarias: Se solicitan marcadores tumorales que son negativos. Ecografía de abdomen con el único hallazgo de esteatosis hepática leve sin alteraciones de la vía biliar. RMN vesícula sin alteraciones, no coledocolitiasis. ColangioRMN vesícula sin alteraciones, no coledocolitiasis. Anticuerpos antinucleares moteado 1/160, anti musculo liso 1/60 En la analítica posterior se halla GGT 53, FA 93.

Juicio clínico: Cirrosis biliar primaria y se pone en tratamiento con ácido ursodesoxicólico 300/12h.

Diagnóstico diferencial: Ante un patrón de colestasis es preciso una ecografía hepática para descartar lesión biliar obstructiva o lesión ocupante de espacio hepática que se puede acompañar de elevación de marcadores tumorales, también debemos descartar una colestasis inducida por fármacos o colestasis del embarazo. Con la colangioRMN además de lesiones ocupantes de espacio, podremos descartar una colangitis esclerosante primaria y finalmente con un estudio de anticuerpos que es muy sensible y específico para diagnosticar la cirrosis biliar primaria.

Comentario final: El objetivo es un diagnóstico precoz que nos permita el tratamiento con ácido ursodesoxicólico a 13-15 mg/kg/día vía oral, repartido en 2-4 dosis. Ya que su uso continuado mejora los parámetros bioquímicos y la progresión aunque no mejora los síntomas. Se aconseja seguimiento analítico semestral (incluido función tiroidea) y ecográfico anual. Los pacientes tratados con AUDC con una fosfatasa alcalina menor de 3 veces el límite superior normal, una bilirrubina sérica menor o igual a 1 mg/dl y una GPT menor de 2 veces el límite normal tienen una tasa de supervivencia libre de trasplante a los 10 años del 90%.

Bibliografía

1. Longo DL, Kasper DL, Jameson JL, et al. Harrison Principios de Medicina Interna, 18^a ed.

Palabras clave: Cirrosis biliar primaria.