



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/262 - EPIGASTRALGIA COMO PRESENTACIÓN DE COMPLICACIÓN TARDÍA DE CIRUGÍA VÍA BILIAR

M. Burgos Merchán^a, A. Rubio Bernardo^b, E. Ruiz Ferrando^c, B. Gacimartín Valle^d, A. Ramírez Fernández^e, M. Esquilabre^f

^aMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Palacio de Segovia. Madrid. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Segovia. Madrid. ^dMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Segovia. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Pozuelo San Juan de la Cruz. Madrid. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Monte Rozas. Hospital Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 76 años, con antecedentes de colecistectomía 2016. Refiere de forma brusca iniciar dolor a nivel de epigastrio con irradiación a mesogastrio, de moderada intensidad; de 24 horas de evolución. Cuenta días previos (2-3 días) notar molestias leves en dicha localización. No clara relación al ingerir alimentos ni mejora con ninguna posición. Niega fiebre, náuseas, vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: TA 130/80 mmHg, T 36,5 °C. Hidratado. Sin ictericia. ACP: sin hallazgos significativos. Abdomen: blando y depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen superior, más marcado en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos presentes. Blumberg negativo. Durante su estancia en Urgencias se le realiza analítica sin leucocitos ni neutrofilia. Proteína C reactiva 0,70. Bilirrubina total 2,5 mg/dl a predominio de directa 1,3 mg/dl. Amilasa 120 UI/l, lipasa 460 UI/l. Rx abdomen y tórax sin alteración. ColangioRM: colecistectomía. Vía biliar no dilatada. TC abdominopélvico: Trombosis de vena porta intrahepática para los segmentos V-VIII, asociando áreas de trastorno de la perfusión hepática. Ingresa a Digestivo para continuar tratamiento antibiótico IV y filiar causa de trombosis de vena porta. Sufre complicación con ictericia, fiebre y shock séptico lo que obliga a ingresarlo a la UVI. Con evolución favorable finalmente se da de alta.

Juicio clínico: Trombosis de vena porta intrahepática de probable origen: colangitis, idiopática.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis aguda, isquemia mesentérica.

Comentario final: La trombosis del eje esplenoportal no asociada a cirrosis hepática o a enfermedad tumoral es la segunda causa de hipertensión portal en el mundo occidental. Hasta en un 60% de los casos es posible identificar un trastorno protrombótico sistémico subyacente como factor etiológico. Los factores locales son los causantes de un tercio de los casos. Por eso, en estos pacientes es de vital importancia el diagnóstico etiológico. El inicio de una anticoagulación precoz en la fase aguda de la trombosis venosa portal (TVP) incidirá de manera significativa en la probabilidad de recanalización y, por tanto, en el pronóstico de estos pacientes.

Bibliografía

1. Harmanci O, Bayraktar Y. Portal hypertension due to portal venous thrombosis: Etiology, clinical outcomes World J Gastroenterol. 2007;13:2535-40.

Palabras clave: Trombosis. Colangitis.