



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/2306 - DOCTOR, NUNCA SUBESTIMES EL PICOR

M. Fornieles Medina^a, L. Mesa Díez^b, C. Gutiérrez Jiménez^a y M. Cortés Milán^a

^aMédico de Familia. CAP Terrassa Est. Barcelona. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Atención Primaria Terrassa Est. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años con antecedentes de perforación gástrica, laparotomía media por hernioplastia, que consulta por prurito generalizado, coluria, astenia y pérdida de peso de 2 semanas de evolución.

Exploración y pruebas complementarias: La exploración mostró ictericia conjuntival. Analítica: bilirrubina: 79,8 μ mol/L; bilirrubina esterificada: 75,88 μ mol/L; GOT: 135,6 UI/L; GPT: 273,6 U/L; fosfatasa alcalina: 736,2. Sedimento: acetoacetato: 50; urobilinógeno: 8; bilirrubina: 3. Serologías hepatitis y citomegalovirus negativas; Ac IgG Epstein-Barr positiva. Ecografía abdominal: dilatación vía biliar intra-extrahepática con colédoco distal de 15 mm, alitiásica. Tomografía computarizada abdominal: hernia de hiato con hallazgos sugestivos de proceso neoproliferativo primario. Aumento de captación en papila de Vater no permitiendo descartar ampuloma. Nódulos peritoneales de 0,4 y 1,1 cm cercanos a curvatura mayor gástrica desconocidos en TC previos. Hemangioma en segmento VI ya conocido y nódulo hepático de 8 mm en segmento VI no presente previamente. Dilatación de vía biliar intra-extrahepática sin causa aparente. Colecciones líquidas peritoneales comunicadas. Gastroscopia: hernia de hiato sin lesiones. Lesión submucosa bulbar que en la biopsia mostró inflamación crónica leve. Colangiografía y resonancia magnética hepática: Vesícula biliar dilatada alitiásica. Vía biliar intra-extrahepática dilatadas, colédoco de 1,8 cm de diámetro hasta región ampular, con lesión captante de contraste que podría corresponder a ampuloma versus colangiocarcinoma distal. Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: Vía biliar dilatada hasta 25 mm, adelgazamiento distal sin permitir paso de contraste. Esfinterotomía con mucosa engrosada de aspecto normal. Biopsias intrapapilares: neoplasia adenomatosa en ampolla de Vater con foco de displasia grave sin signos de infiltración. Se coloca prótesis biliar plástica con buen drenaje a duodeno. Pendiente de valoración quirúrgica.

Orientación diagnóstica: Ampuloma en ampolla de Vater.

Diagnóstico diferencial: Coledocolitiasis, cirrosis biliar, colangiocarcinoma, colangitis esclerosante.

Comentario final: La asociación ictericia y patrón colestásico analítico debe hacer sospechar la existencia de un obstáculo en la vía de evacuación de la bilis, debiéndose hacer un diagnóstico rápido para realizar el tratamiento adecuado.

Bibliografía

1. Carvalho L, Túlio MA, Carmo J, et al. Adenosquamous Carcinoma of the Ampulla of Vater. A rare cause Obstructive Jaundice. GE Port J Gastroenterol. 2018;25(4):195-1.
2. Perysinakis I, Margaritis I, Kpouraklis G. Ampullary cancer-a separate clinical entity? Histopathology. 2014;64(6):759-68.

Palabras clave: Ictericia obstructiva. Colestasis. Cáncer periampular.