

424/937 - DOCTOR, ESTOY AMARILLO PERO NO ME DUELE NADA ¿ES GRAVE? A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Quintanilla Cavia¹, E. Galindo Cantalejo², S. Díaz-Salazar de la Flor³ y C. Concellón García²

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. Cantabria.²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 80 años que acude a consulta de su MAP por ictericia cutánea y conjuntival de 1 mes de evolución, acompañada de coluria en la última semana. Pérdida de peso de 4 kg en las últimas 2 semanas. Niega otra sintomatología. Fumador 1 caj/día. Consumo de alcohol: 80 g/día. No refiere otros AP de interés. No tratamiento habitual.

Exploración y pruebas complementarias: T^a: 37,4 °C. TA: 108/64 mmHg. FC: 84 lpm. SatO₂: 97%. Tinte icterico en piel y conjuntiva. Delgadez. AP: MVC en ambos campos, crepitantes finos bibasales. Abdomen: blando. No doloroso a la palpación superficial. Dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Murphy dudoso. Signo de Courvoisier. Ante la anamnesis y la EF realizada se decide la derivación a S. Urgencias para realización de analítica y prueba de imagen. Bilirrubina total: 10,6 mg/dL, AST: 233 U/L, ALT: 326 U/L, gamma-GT (GGT): 1.466 U/L, fosfatasa alcalina: 1.114 U/L, LDH: 202 U/L, amilasa: 32U/L, PCR: 9,8 mg/dl, hematíes: $3,88 \times 10^6$ /l. Hemoglobina: 11,4 g/dl, Hematocrito: 33,5%, V.C.M.: 86 fl. Ecografía abdominal: Dilatación de vía biliar intra y extrahepática. Neoformación pancreática y urotelial en cara posterior vesical. TAC toraco-abdominal: Tumoración de cabeza pancreática que condiciona una obstrucción de la vía biliar con dilatación secundaria. Adenopatías patológicas en área celíaca y para-aórticas. Engrosamiento de la pared vesical. Afectación pulmonar metastásica masiva en el contexto de una fibrosis pulmonar grave.

Orientación diagnóstica: Ante los hallazgos descritos, el paciente ingresa en S. Digestivo para completar estudio y colocación de prótesis biliar. Tras 15 días, es dado de alta con seguimiento por Unidad de Cuidados Paliativos con diagnóstico de Adenocarcinoma de páncreas en estadio IV.

Diagnóstico diferencial: Determinar el origen intrahepático/extrahepático/mixto de la lesión. A destacar: hepatitis, tóxicos, infecciones/coledocolitis, lesiones inflamatorias de vía biliar, pancreatitis, neoplasias de vía biliar y cabeza de páncreas.

Comentario final: Resulta fundamental el abordaje adecuado en Atención Primaria ante la sospecha de una ictericia aguda o subaguda para la realización de un diagnóstico precoz de una patología potencialmente muy grave que evoluciona en un corto espacio de tiempo.

Bibliografía

1. Rodés Teixidor J. Libro de Gastroenterología y Hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica, 2^a ed. Jarpyo Editores, Madrid; 2012. p. 183-94.

Palabras clave: Ictericia. Páncreas. Neoformación.