



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/314 - UNA BUENA PRAXIS SALVA UNA VIDA

L. Gómez Ruiz^a, A. González Diaz-Faes^b, L. de la Fuente Blanco^c, R. López Sánchez^d, A. Azagra Calero^e y M. Turégano Yedro^f

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ^bMédico Residente de 4º año de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^cMédico Residente de 4º año de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. ^eMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. ^fMédico Residente de 3º año. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 63 años, HTA en tratamiento, acude a consulta de AP por dolor en hipocondrio derecho de 7 días de evolución asociado a dolor epigástrico irradiado en cinturón que cede con analgesia ambulatoria y vómitos autolimitados. Niega cualquier otra sintomatología acompañante. Dada la clínica del paciente, se decide derivación a Hospital de referencia.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a Urgencias: T: 36,4 °C. TA: 140/90. FC: 85 lpm. Exploración: levemente icterico. Abdomen blando, depresible, levemente doloroso en hipocondrio derecho. Murphy (+). No masas ni megalias palpables. RHA (+). Blumberg (-). No signos de reacción peritoneal. Bioquímica: bilirrubina 4,4, AST 413, ALT 536, GGT 1.611, FA 562, amilasa 37, PCR 0,9. Hemograma normal. TP: 93%. Elemental y sedimento: pH (5), bilirrubina (+), urobilinógeno (+). Eco abdominal: hígado de volumen normal, vesícula distendida con barro biliar en su interior sin signos de colecistitis, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. No se objetivan masas en la cabeza pancreática accesible. No signos de líquido libre. Durante su estancia hospitalaria, se realiza CPRE - colangioRM: zona de ausencia de contraste a nivel del colédoco medio con toma de biopsias e implantación de prótesis biliar y pancreática); TC torácico-abdominal: hígado de bordes lisos y densidad homogénea. Vesícula biliar distendida sin residuos litiasicos evidenciables. En tercio medio del colédoco se aprecia engrosamiento periprotésico que no parece infiltrar estructuras vecinas de 1,5 cm de extensión craneocaudal, y biopsias: colangiocarcinoma del colédoco medio. Dado los hallazgos encontrados, se decide valoración por el Servicio de Cirugía General, para intervención quirúrgica: duodenopancreatectomía cefálica en relación a colangiocarcinoma del colédoco medio.

Juicio clínico: Coledocolitiasis.

Diagnóstico diferencial: Colangitis. Pancreatitis.

Comentario final: Por todo lo anteriormente señalado, podemos concluir la importancia de una buena anamnesis, exploración, juicio clínico y prediagnóstico por parte del MAP, ya que nos encontramos ante una patología cuya forma de presentación requiere la derivación, sin demora, a aquellos servicios donde se dispongan de los medios adecuados para el diagnóstico definitivo y tratamiento, puesto que la información que aporten estas pruebas diagnósticas será determinante para la supervivencia de los pacientes.

Bibliografía

1. Vauthey JN, Blumgart LH. Recent advances in the management of cholangiocarcinomas. Semin Liver Dis. 1994;14:109.