



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

262/314 - UNA BUENA PRAXIS SALVA UNA VIDA

L. Gómez Ruiz^a, A. González Díaz-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 evidenciados. 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.