



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

253/24 - SEÑOR, ¡QUÉ DOLOR!

L. Gómez Ruiz^a, A. Fernández Serna^b, C. Fortuny Henríquez^c, M. Arques Pérez^d, M. de la Hoz Gutiérrez^e, R. López Sánchez^f, S. Díez Martínez^g, Á. González Díaz-Faes^h y L. de la Fuente Blancoⁱ

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Santander. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Castilla Hermida. Santander. ^dMédico de Familia. SUAP Sardinero. Santander. ^eMédico de Familia. SUAP Santander. ^fMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. ^gMédico de Familia. SUAP Alisal. Santander. ^hMédico Residente de 4º año de Endocrinología. HUMV. Santander. ⁱMédico Residente de 4º año de Cardiología. HUMV. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 75 años, HTA en tratamiento farmacológico y fumadora ocasional, acude al CS Dávila 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 sensación distérmica, acolia, coluria, prurito o cualquier otra sintomatología acompañante. Dada la clínica de la paciente, se decide derivación al Servicio de Urgencias de Valdecilla.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a Urgencias: T: 36,4 °C, TA: 140/90, FC: 85 lpm, FR: 16 rpm, Sat: 96% (basal). Exploración: levemente ictérica, normoprefundida, normohidratada. ACP: normal. Abdomen globuloso, blando, depresible, levemente doloroso en hipocondrio derecho. Murphy (+). No masas ni megalias palpables. RHA (+). Blumberg (-). No signos de reacción peritoneal. Bioquímica sin alteraciones salvo 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 (+). Resto negativo. Rx tórax y abdomen: sin hallazgos de significación patológica. Eco abdominal de Urgencias: 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. Se decide ingreso desde la Urgencia en Digestivo con antibioterapia de amplio espectro para estudio de extensión. Durante su estancia hospitalaria, se realiza 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), CPRE-colangioRM: (zona de ausencia de contraste a nivel del colédoco medio con toma de biopsias e implantación de prótesis biliar y pancreática) 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. Actualmente, la paciente se encuentra estable con buena situación clínica y en seguimiento por Hospitalización domiciliaria para control de drenaje de colecciones abdominales.

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 diagnosticas 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.
2. Bismuth H, Nakache R, Diamond T. Management strategies in resection for hilar cholangiocarcinoma. *Ann Surg.* 1992;215:31.

Palabras clave: Coledocolitiasis. Colangitis. Pancreatitis