



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1550 - ESTOY AMARILLO

E. Sánchez Pablo^a, C. Celada Roldán^b, A. Salas Sola^a, J.F. García García^a, C. Botías Martínez^c, M. García Aroca^b, S. Blasco Muñoz^d, M.I. Gómez López^d, M.D. González Manuel^e y M.T. Palacios López^c

^aMédico Residente; ^cMédico de Familia. Centro de Salud Cartagena Este. Murcia. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Dolores. Cartagena. ^eMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cartagena Oeste. Murcia. ^dMédico Residente. Centro de Salud El Algar. Murcia.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 52 años con antecedentes de ansiedad, hígado graso y cólico hepático hace años. No alergias medicamentosas ni otros antecedentes de interés. Consulta por epigastalgia y dolor en hipocondrio derecho de 2 días de evolución con irradiación dorsal, que se ha hecho invalidante, con coluria y deposiciones líquidas. No fiebre. No vómitos.

Exploración y pruebas complementarias: En la exploración destaca un estado general conservado, con coloración ictérica sin arañas vasculares ni flapping. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen con dolor en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal ni masas palpables. Miembros inferiores sin edemas ni signos de patología vascular. En la analítica urgente: bilirrubina 9,1, directa 3,6 e indirecta 5,5, con amilasa de 50 y resto sin alteraciones. Se realiza radiografía abdominal sin hallazgos y ecografía urgente con vesícula biliar distendida y ligero engrosamiento de la pared del fundus, sin que se identifiquen litiasis, sin masas hepáticas ni líquido libre.

Juicio clínico: Colecistopatía crónica con colangitis aguda y trombosis parcial de vena porta secundaria.

Diagnóstico diferencial: Colangitis, colecistitis

Comentario final: El paciente ha precisado realización de CPRE para extracción de litiasis de pequeño tamaño (visualizada mediante colangioRMN) y drenaje de material de consistencia purulenta y barro biliar, con pancreatitis secundaria, precisando antibioterapia intravenosa, pero no llegando a requerir cirugía. Una semana después, en TAC abdominal se objetiva defecto de repleción de rama derecha e izquierda de porta. Tras la mejoría clínica, se inicia anticoagulación oral y, dado que se considera que el factor desencadenante es la colangitis, se decide una pauta de 3 meses.

Bibliografía

1. García Gutiérrez M, et al. Trombosis portal asociada a infección de vía biliar. Gastroenterología y Hepatología. 2012;35:644-8.

2. Catalina-Rodríguez MV, de García-Fernández CP. Protocolo diagnóstico y tratamiento de la trombosis portal no cirrótica. Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. 2012;11:728-32.

Palabras clave: *Trombosis vena porta. Colecistopatía. Colangitis. Vía biliar. Tratamiento.*