



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/58 - La odontalgia simuladora

P. Abellán García<sup>a</sup>, J.J. López Pérez<sup>a</sup>, A.I. Ortega Requena<sup>b</sup>, A. Marco Berna<sup>c</sup>, M. Córcoles Vergara<sup>a</sup>, B. de la Villa Zamora<sup>c</sup>, B. Sánchez García<sup>d</sup>, M.M. Fernández de Béjar<sup>e</sup> y L. Monteagudo González<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>c</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Santomera. Murcia. <sup>d</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Reina Sofía. Murcia. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Carmen. Murcia. <sup>f</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Murcia Infante. Murcia.

## Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 51 años, consulta por cuadro de coluria y acolia de tres días de evolución, asociado a prurito intenso y tinte icterico leve, tras haber estado en tratamiento con metronidazol/espiramicina e ibuprofeno durante 4 días con motivo de una extracción dental. Antecedentes personales: alergia a sulfamidas. Dislipemia en tratamiento con simvastatina 10 mg. No antecedentes cardiológicos, pulmonares o digestivos. No consumidora de alcohol u otros tóxicos. Situación basal: independiente para actividades vida diaria. Ama de casa.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 113/80, Tª 35°, FC: 81, Sat 99%. Cabeza y cuello: pulsos carotídeos rítmicos y simétricos, no ingurgitación yugular. Mucosa conjuntival y piel con moderado tinte icterico. Auscultación cardíaca y pulmonar normal. Abdomen: blando y depresible, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal, no masas ni organomegalias. Ruidos hidroaéreos presentes. Puñopercusión renal bilateral negativa. MMII: no edemas ni signos trombotismo venosa profunda. Pulsos periféricos presentes y simétricos. Neurológico: no signos de focalidad neurológica ni signos de irritación meníngea. Su médico de cabecera realizó serología y analítica previamente: bilirrubina directa 5,82, bilirrubina indirecta 0,45, bilirrubina total 6,27, fosfatasa alcalina 290, GGT 708, GOT 148, GPT 411. Serología hepatitis: anti VHA IgM, AgHBs y anti VHC negativos. En urgencias. Analítica. Bioquímica: glucosa 123, creatinina 0,7, urea 28, Na 136, K 3, amilasa 36, GPT 363, láctico 1,30. Hemograma: leucocitos 6,91 (62,2% neutrófilos), 1,73 linfocitos, hemoglobina 13, hematocrito 39,6%, plaquetas 283.000. Coagulación: normal. Orina: pH 5, leucos 500, nitritos negativos, cuerpos cetónicos negativos, urobilinógeno 4, bilirrubina 3, eritrocitos 10. Sedimento: gérmenes y uratos escasos. Eco abdominal: colelitiasis sin colecistitis. Ectasia de vía biliar intrahepática sin dilatación de colédoco. Esteatosis hepática. En planta. Analítica: bilirrubina directa 11,65, bilirrubina indirecta 2,02, bilirrubina total 13,67, fosfatasa alcalina 304, GGT 240, GOT 45, GPT 90, CEA 5,01, alfafetoproteína 7,3, CA-19,9: 805. Colangio-RMN: lesión de 3,3 cm de diámetro en contacto con vena porta que produce una dilatación marcada de radicales biliares intrahepáticos, hasta la confluencia en hepático común, que engloba a colédoco en su 1/3 superior y medio. Hallazgos compatibles con colangiocarcinoma en conducto hepático común (tumor de Klatskin). Evolución. La paciente queda a cargo del servicio de cirugía general. Se traslada a unidad

de cirugía hepática de Hospital Virgen de la Arrixaca, realizándose torniquete hepático inicial con buena evolución. Un mes más tarde, debido a invasión de arteria hepática derecha, se procede a hepatectomía derecha. La paciente se encuentra clínicamente estable, sigue sus revisiones en cirugía.

**Juicio clínico:** Colangiocarcinoma (tumor de Klatskin).

**Diagnóstico diferencial:** Efecto adverso a la toma de metronidazol/espiramicina (ésta última produce ictericia colestásica por estolato), alcoholismo, enfermedad Wilson, hepatitis autoinmune, LOE, síndrome paraneoplásico.

**Comentario final:** La sospecha inicial fue que la espiramicina podría ser el principal implicado en la aparición de ictericia en la paciente. Tras la seriación de enzimas hepáticas (que fueron en aumento) y la serología negativa, nos planteamos prueba de imagen para descartar proceso neoplásico. Personalmente, pensábamos que todo había sido fruto del fármaco, para nuestra sorpresa al final el desenlace fue muy diferente. Gracias a la analítica solicitada por su médico de familia, tuvimos al ingreso sus primeros resultados enzimáticos y serológicos para comparar con los realizados en hospital, realizando así un diagnóstico rápido y eficaz.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al. Harrison Principios de medicina interna. 17ª ed. Vol.1: Mexico D.F.: McGraw Hill: 2009 .p.261-6.
2. Patiño JF. En: Lecciones de cirugía. Panamericana: 2000. p. 240-68.
3. Ruiz de Adana R. En: Manual de diagnóstico y terapéutica médica en atención primaria. Díaz de Santos. 3ª edición. 2001. p. 402-25.