



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 160/1867 - COLEDOCOLITIASIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Á.F. Viola Candela<sup>a</sup>, C. Sánchez Peinador<sup>a</sup>, M. Robles Torres<sup>b</sup>, G. Lucía Ramos<sup>b</sup>, R. Alonso Iglesias<sup>c</sup>, E. de Dios Rodríguez<sup>d</sup>, A. Pérez Santamaría<sup>e</sup>, C. Manueles Astudillo<sup>e</sup>, J.I. Delgado Redondo<sup>d</sup> y J.I. Berrocoso Sánchez<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

<sup>b</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno.

<sup>c</sup>Residente de 4º año. Centro de Salud Miguel Armijo Moreno. Salamanca.

<sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alamedilla. Salamanca.

<sup>e</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de San Juan. Salamanca.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente mujer de 68 años con diagnósticos previos de diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con metformina 850 mg; dislipemia, tratada con simvastatina 20 mg; e hipotiroidismo, controlada con levotiroxina 125 µg. Intervenido quirúrgicamente de bocio endotorácico (tiroidectomía total). No hábitos tóxicos. Sin alergias medicamentosas conocidas. Independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Nuestra paciente acude a consulta de Atención Primaria refiriendo dolor súbito subescapular derecho, de dos días de evolución, irradiado a epigastrio e hipocondrio derecho (HD), acompañado de sensación nauseosa, sin vómitos. Comenta tener coluria (como el Coñac) y acolia (heces "pálidas" y malolientes). Sensación distérmica con temperatura de 37 °C.

**Exploración y pruebas complementarias:** En la exploración física se objetiva normalidad en las constantes vitales; regular estado general, hidratada y perfundida con ictericia cutánea y de mucosas. No Ingurgitación yugular; auscultación cardíaca y pulmonar dentro de la normalidad, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen globuloso, blando y doloroso a la palpación de manera difusa con Murphy positivo, sin masas ni megalias y puñopercusión bilateral negativa. Ausencia de edema en EEII. Ante la sospecha diagnóstica, se realiza ecografía abdominal en el Centro de Salud sugiriendo colecistitis aguda litiásica. Dada la semiología y gravedad del cuadro clínico se decide derivar a Urgencias Hospitalarias. En las pruebas iniciales se objetivó leucocitosis  $12.3 \times 10^3/\mu\text{L}$  con desviación a la izquierda y conservación del resto de las series. La bioquímica puso de manifiesto una PCR de 9,27 mg/dL; BiT 3,41 mg/dL; AST 244 U/L; ALT 509 U/L; LDH 261 U/L; con normalidad en la glucemia, función renal e iones. Se solicitó ecografía de abdomen objetivándose engrosamiento de vesícula biliar con abundante litiasis en su interior y dilatación de colédoco en su tercio medio con Murphy ecográfico positivo. Dada la exploración física y resultado ecográfico se interconsultó con Cirugía quien decidió ingreso de la paciente en el Servicio de Cirugía General y Digestivo para tratamiento quirúrgico urgente, siendo dada de alta en una semana sin complicaciones, resolviéndose la clínica.

**Juicio clínico:** Coledocolitiasis.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico biliar simple/complicado, colecistitis aguda litiásica, colangitis.

**Comentario final:** La patología de la vía biliar supone un diagnóstico clínico, analítico y de imagen siendo la ecografía abdominal el "gold standard". Por ello, cabe destacar la importancia de la introducción de la ecografía en Atención Primaria como primera línea en el abordaje del dolor abdominal, más en la valoración de la patología biliar, donde el rendimiento es muy alto con una curva de aprendizaje aceptable. El cólico biliar simple puede ser tratado en la consulta de Atención Primaria, mientras que si presenta signos de alarma debe ser derivado a urgencias hospitalarias para descartar complicaciones, como la sospecha de colecistitis/coledocolitiasis.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Hawes RH, Sheman S. Choledocholithiasis. En Haubrich WS, Schaffner F, Berck JE (eds).
2. García Ávila M, Blanco Bravo A. Patología urgente de la vía biliar. En: Julián Jiménez A, ed. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. 3ª ed; 2010. pp. 447-52.
3. Vázquez Lima MJ, Casal Codesido JR. Guía de Actuación en Urgencias. Mayo: 2012.