



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/2430 - REVISIÓN DE LA ICTERICIA A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Barranco Apoita^a, E. Blanco Basilio^b, L. de Miguel Acero^b, C. Zárata Oñate^b, N. Ñíguez Baños^b, B. Parente Gómez^b, M. Hajar Jiménez^c y C.I. Ruiz Morollón^d

^aMédico de Familia; ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Goya. Madrid.

^cMédico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital de la Princesa. Madrid. ^dMédico de Familia. Centro de Salud Santa Hortensia. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 43 años, con enolismo crónico, que acude a consulta por ictericia más llamativa en las últimas 72 horas con coluria y acolia. Desde hace 8 días, dolor epigástrico, que ha ido cediendo. Niega sintomatología acompañante. No viajes, no tatuajes ni cirugías, niega relaciones sexuales de riesgo, no fármacos ni productos de herbolario.

Exploración y pruebas complementarias: BEG. Afebril. Ictericia cutáneo-mucosa. NHBP. Abdomen normal, sin masas ni megalias, sin signos de irritación peritoneal. No otros hallazgos. En el centro de salud, realizamos ecografía: Vesícula distendida, sin engrosamiento de pared, con barro y litiasis; dilatación de vía biliar intrahepática y colédoco proximal (distal no visualizado). Hepatomegalia, con aumento difuso de ecogenicidad. Páncreas mal visualizado. Se deriva a Urgencias: destaca hiperbilirrubinemia de 14, GOT 251, GPT 478, GGT 2.467 y FA 311, resto normal. Ingresa en Digestivo. En TC abdominal: hallazgos compatibles con pancreatitis crónica y pseudoquiste en cabeza de páncreas que impronta sobre la 2ª porción duodenal. Se realiza CPRE con esfinterotomía y drenaje del pseudoquiste.

Juicio clínico: Ictericia obstructiva extrahepática secundaria a pancreatitis crónica con pseudoquiste en cabeza pancreática.

Diagnóstico diferencial: Causas adquiridas de ictericia obstructiva de origen extrahepático: tumores, litiasis, estenosis...

Comentario final: La ictericia es evidente cuando Br total > 3 mg/dl. Se puede producir a expensas de bilirrubina indirecta, directa o ambas. El aumento de la bilirrubina directa se puede acompañar de un patrón de colestasis, que debe hacer pensar en la existencia de un bloqueo que impide la llegada de la bilis al duodeno, y por tanto pasan a la sangre productos que se deberían eliminar por la bilis; produciendo ictericia, coluria, hipocolia y frecuentemente prurito. Estos hallazgos obligan a diferenciar si la causa es intra o extrahepática, inicialmente mediante ecografía de abdomen, técnica cada día cobra una importancia mayor en AP.

Bibliografía

1. De las Heras Páez de la Cadena B, Vila Santos J. Ictericia. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid: MSD, 2012:682-90.
2. Miranda García M, Chico Civera R. Manual de Urgencias, 2ª ed. AstraZeneca.
3. Barbagelata López C, Otero Palleiro M, De la Cámara Gómez M. Ictericia. Fistera, 2011.

Palabras clave: *Ictericia. Hiperbilirrubinemia. Pancreatitis. Pseudoquiste.*