



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

347/3105 - PENSAR EN LO FRECUENTE SIN OLVIDAR LO INFRECUENTE

E. Espinosa de los Monteros Márquez^a, D. Lebrero Villar^b, C. Mocanu^c y P. Mendivil López^d

^aMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alperchines. San Fernando de Henares. Madrid. ^bEnfermero. Centro de Salud Los Alperchines. San Fernando de Henares. Madrid. ^cMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud san Fernando II. San Fernando de Henares. Madrid. ^dMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alperchines. San Fernando de Henares. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 53 años con antecedentes de perforación duodenal y peritonitis en 2013. Acude a consulta por mal estar general y dolor abdominal de 24 horas de evolución. Cuenta heces hipocólicas y orinas colúricas.

Exploración y pruebas complementarias: A la exploración física impresiona ictericia verdina de piel y mucosas acompañado de febrícula de 37,7 °C, abdomen distendido y timpánico, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho. Se decide traslado hospitalario para descartar colecistitis aguda. Leucocitos 39.370, neutrófilos 37.540, bilirrubina total 24,28, GOT 102, GPT 69 y LDH 845, y PCR 234.

Orientación diagnóstica: Ante la sospecha de colecistitis se inicia piperacilina/tazobactam. En ecografía abdominal presenta vesícula distendida con signos de colecistitis y dilatación de la vía biliar intrahepática y del colédoco. En TAC abdomen se observa severa dilatación de la vía biliar intrahepática, dilatación de la vía biliar extrahepática y colelitiasis. Se intenta realizar CPRE para canalizar la vía biliar que resulta imposible por cirugía previa. Ante la imposibilidad de canalizar la vía biliar se solicita colocación de drenaje biliar externo. Se realiza colangiografía percutánea diagnóstica en la que se aprecia dilatación de los conductos biliares principales e importante dilatación sacular con oclusión a nivel del conducto biliar común. Durante el intento de sobrepasar la obstrucción para acceder al colédoco se accede a la porta principal lo que sugiere lesión tumoral de la vía biliar con infiltración vascular del sistema portal.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda, colangitis, coledocolitiasis, pancreatitis aguda, hemolisis, hepatitis aguda (vímica, alcohólica, autoinmune), granulomatosis hepática, metástasis hepáticas, carcinoma hepatocelular y otros proceso neoformativos.

Comentario final: El cáncer de vesícula biliar es el quinto cáncer más común del tracto digestivo y el más frecuente de los tumores del árbol biliar. Este tumor se ha asociado a diversos factores principalmente a la existencia de litiasis vesicular en el 80-90% de los pacientes.

Bibliografía

1. Koshiol J, Bellolio E, Vivallo C, et al. Distribution of dysplasia and cancer in the gallbladder: an analysis from a high cancer-risk population. *Hum Pathol.* 2018;pii: S0046-8177(18)30282-X.

Palabras clave: Cáncer. Vesícula. Colecistitis.