Semergen. 2019;45(Espec Congr 1):2128

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

424/1397 - VENGO AL CONTROL DEL SINTROM...

C. Quirós Ambel[1], A. Cuvillo Mergelina[2], C. Escalona García[3] y L. Pache Ferrero[4]

[1]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Roque. Badajoz. [2]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Urbano I. Mérida. Badajoz. [3]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Valdepasillas. Badajoz. [4]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Fernando. Badajoz.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 69 años sin alergias, con antecedentes de hipertensión arterial, fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol e hiperuricemia y hábitos tóxicos; bebedor de aproximadamente 16 UBE/día (= 160 g/día) actualmente, anteriormente > 70 UBE/día (> 700 g/día). Acude a control habitual del índice internacional normalizado (INR) a su centro de salud, por enfermero, quien aprecia tinte ictérico de piel y mucosas por lo que contacta con el médico de familia. El paciente refiere molestias leves en hipocondrio derecho, orinas del color de la cola de 5 días de evolución, asociado con acolia y prurito generalizado.

Exploración y pruebas complementarias: Tinte ictérico de piel y mucosas. Obesidad. Arrítmico. Abdomen: globuloso, hepatomegalia de dos dedos con molestias a la palpación profunda. Sin otros hallazgos. MMII: edemas hasta rodillas con fóvea. Se decide mandar a urgencias hospitalarias. Analítica: hemograma normal. Bioquímica: Cr: 3,4; TFG: 45; GOT: 69; GPT: 93; BT: 16. Coagulación: INR: 16. Ingresa a cargo del servicio de digestivo, donde se llevan a cabo pruebas de imagen. Ecografía abdominal: dilatación vía biliar intrahepática; colédoco de 13,3; imagen hipoecogénica de 33 × 27 mm sin captación. Doppler: dependiente de cabeza pancreática. Wirsung dilatado. Tac abdomen confirma lesión. Informe anatomopatológico in-situ: adenocarcinoma. Durante la estancia hospitalaria se produce un ascenso progresivo de bilirrubina total (hasta 43) con fallo renal agudo por toxicidad, que no responde a diálisis, finalmente exitus intramuros.

Orientación diagnóstica: Obstrucción vía biliar.

Diagnóstico diferencial: Colecistopatía. Pancreatopatía. Hepatopatía.

Comentario final: La integración entre la anamnesis, exploración física y pruebas bioquímicas permite estimar la probabilidad de ictericia obstructiva. Ante la sospecha de obstrucción biliar, se plantea realizar estudio de imagen, en función de la probabilidad de obstrucción y de la necesidad de una actitud terapéutica. La ecografía suele ser la prueba inicial de elección, disponible en algunos centros de atención primaria, aunque puede ser necesario realizar TAC en primer lugar en casos de gravedad o por limitaciones de la ecografía.

Bibliografía

1. Álvarez-Nava Torrego MT, Salas Jarque J. Ictericia. En: Moreno Villares JM, ed. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid: MSD, 2017. p. 806-14.

Palabras clave: Acenocumarol. Ictericia. Bilirrubina.

1138-3593 / © 2019 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.