



## P-222 - ASCO CON EL OLOR A LA COMIDA...

G. Lorenzo González, C. Fernández Expósito, J.A. Castillo Serrano, M. Rodríguez Cortés, J.L. Blanco Paños e I. Tejero Cabello

CS Zona 1.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 83 años que acude a nuestra consulta por hiporexia y pérdida de peso de 4-5 Kg de 4 meses de evolución y disnea paroxística nocturna de una semana de evolución. Se realizó ecografía abdominal en la consulta: visualizamos vesícula distendida con aumento de grosor pared e imágenes sugestivas de barro biliar, litiasis o pólipos. Se pidió analítica en Atención Primaria: destaca fosfatasa alcalina 527, bilirrubina total 1,3, GPT 57 y GOT 37. Tras estos hallazgos decidimos derivar Servicio de Urgencias para continuar estudio. Como antecedentes personales: no alergias a fármacos, diabetes mellitus insulinizado, hipertenso y dislipémico. Fumador de 63 paquetes/año. Infarto agudo de miocardio en 1993, con bypass aorto coronario. Fibrilación auricular. Ingreso en julio de 2015 para realización de bypass femoro-femoral D-I protésico, y, durante dicho ingreso, hemorragia digestiva por úlcera bulbar grande, que se esclerosó. VGI: Katz A, no deterioro cognitivo conocido. Tratamiento habitual: Disgren 600 mg 1/24h, Exforge 5/160 mg 1/24h, omeprazol 20 mg 1/24h, Thervan 20 mg 1/24h, Humalog mix 20-0-18, Valsartan 80 mg 1/24h, Ferogradumet 1/24h.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA 155/87 mmHg, T<sup>a</sup> 36,3 °C, SatO<sub>2</sub> 99%. Buen estado general, normocoloreado, bien nutrido, eupneico en reposo. Cabeza y cuello sin hallazgos de interés. Auscultación cardiaca rítmica, sin soplos. Auscultación pulmonar con crepitantes bibasales e hipofonesis base derecha. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, con reflejo hepatoyugular, no masas ni megalias. Edemas bimaleolares y ausencia de pulsos poplíteos y pedios. Radiografía de tórax: derrame pleural, más derecho, y patrón intersticial compatible con insuficiencia cardiaca. Radiografía de abdomen sin hallazgos de interés. TC toraco-abdomino-pélvico: dilatación de la vía biliar intrahepática y del colédoco con engrosamiento y captación de la pared distal (adyacente a la papila duodenal), que podrían estar en relación con patología inflamatoria (barro biliar) sin poder descartarse neoplasia subyacente. Ecoendoscopia: hallazgos sugestivos de ampuloma. Vía biliar extrahepática de calibre aumentada en todo su trayecto hasta la papila, con barro biliar y microlitiasis en su interior. CPRE: papila abombada, con divertículos anexo; se realiza ampulectomía extirpando todo el relieve papilar sobre la luz duodenal, pero se observa que aún persiste estenosis en los 15 mm distales del colédoco; se realiza esfinterotomía escasa y se coloca una prótesis metálica.

**Juicio clínico:** Ampuloma y divertículo peripapilar, insuficiencia cardiaca congestiva.

**Diagnóstico diferencial:** Coledocolitiasis, pancreatitis crónica, cáncer de vesícula, ampuloma.

**Comentario final:** El uso de la ecografía en la consulta de Atención Primaria puede ser de indudable ayuda para el médico clínico para mejorar su rendimiento y disminuir la incertidumbre del proceso diagnóstico, aunque es una técnica dependiente del operador que requiere formación y experiencia. En manos expertas, la ecografía abdominal tiene una sensibilidad del 80-90% y una especificidad del 90-97%.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Esquerrà M, Roura P, et al. Ecografía abdominal: una herramienta diagnóstica al alcance de los médicos de familia. *Atención Primaria*. 2012;44:576-85.
2. Casals-Seoane F, Arberas-Díez B, Moreno-Otero R. Protocolo diagnóstico de la colestasis. *Medicine*. 2012;11:663-6.