



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 262/314 - UNA BUENA PRAXIS SALVA UNA VIDA

L. Gómez Ruiz<sup>a</sup>, A. González Díaz-Faes<sup>b</sup>, L. de la Fuente Blanco<sup>c</sup>, R. López Sánchez<sup>d</sup>, A. Azagra Calero<sup>e</sup> y M. Turégano Yedro<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 4º año de Endocrinología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de 4º año de Cardiología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. <sup>d</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Sardinero. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 3<sup>er</sup> año. Centro de Salud San Jorge. Cáceres.

### Resumen

**Descripción del caso:** Hombre de 63 años, HTA en tratamiento, acude a consulta de AP por dolor en hipocondrio derecho de 7 días de evolución asociado a dolor epigástrico irradiado en cinturón que cede con analgesia ambulatoria y vómitos autolimitados. Niega cualquier otra sintomatología acompañante. Dada la clínica del paciente, se decide derivación a Hospital de referencia.

**Exploración y pruebas complementarias:** A su llegada a Urgencias: T: 36,4 °C. TA: 140/90. FC: 85 lpm. Exploración: levemente ictérico. Abdomen blando, depresible, levemente doloroso en hipocondrio derecho. Murphy (+). No masas ni megalias palpables. RHA (+). Blumberg (-). No signos de reacción peritoneal. Bioquímica: bilirrubina 4,4, AST 413, ALT 536, GGT 1.611, FA 562, amilasa 37, PCR 0,9. Hemograma normal. TP: 93%. Elemental y sedimento: pH (5), bilirrubina (+), urobilinógeno (+). Eco abdominal: hígado de volumen normal, vesícula distendida con barro biliar en su interior sin signos de colecistitis, dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. No se objetivan masas en la cabeza pancreática accesible. No signos de líquido libre. Durante su estancia hospitalaria, se realiza CPRE - colangioRM: zona de ausencia de contraste a nivel del colédoco medio con toma de biopsias e implantación de prótesis biliar y pancreática); TC torácico-abdominal: hígado de bordes lisos y densidad homogénea. Vesícula biliar distendida sin residuos litiásicos evidenciables. En tercio medio del colédoco se aprecia engrosamiento periprotésico que no parece infiltrar estructuras vecinas de 1,5 cm de extensión craneocaudal, y biopsias: colangiocarcinoma del colédoco medio. Dado los hallazgos encontrados, se decide valoración por el Servicio de Cirugía General, para intervención quirúrgica: duodenopancreatectomía cefálica en relación a colangiocarcinoma del colédoco medio.

**Juicio clínico:** Coledocolitiasis.

**Diagnóstico diferencial:** Colangitis. Pancreatitis.

**Comentario final:** Por todo lo anteriormente señalado, podemos concluir la importancia de una buena anamnesis, exploración, juicio clínico y prediagnóstico por parte del MAP, ya que nos

encontramos ante una patología cuya forma de presentación requiere la derivación, sin demora, a aquellos servicios donde se dispongan de los medios adecuados para el diagnóstico definitivo y tratamiento, puesto que la información que aporten estas pruebas diagnósticas será determinante para la supervivencia de los pacientes.

### **Bibliografía**

1. Vauthey JN, Blumgart LH. Recent advances in the management of cholangiocarcinomas. *Semin Liver Dis.* 1994;14:109.