

Caso Clínico

Litiasis en vía biliar.

María Villarejo Botija, Mercedes Ricote Belinchón, Raquel Rodríguez Rodríguez, Lourdes Martín Fuentes.

Centro de salud Mar Báltico. Madrid.

Mujer de 88 años con antecedentes de HTA, Colectomía abierta por colecistitis en 2014, consulta de molestias abdominales de tipo cólico de una semana de evolución. El dolor aumenta tras la ingesta y asocia náuseas sin vómitos. Sin fiebre termometrada. No otros síntomas acompañantes.

Exploración física: TA:160/80 mmHg, T^a:37°C, FC:79lpm. BEG. Consciente y orientada. Normocoloreada, normoperfundida y normohidratada. eupneica en reposo. Auscultación cardiopulmonar: normal.

Abdomen: Ruidos hidroaéreos presentes. Blando y depresible. Molestias a la palpación profunda de forma generalizada, especialmente en hipocondrio derecho y epigastrio. No signos de irritación peritoneal. Blumberg negativo. Murphy negativo. No masas ni visceromegalias. Resto de exploración física normal.

Ante los hallazgos clínicos y exploratorios se decide solicitar analítica urgente y revisión con resultados. La paciente acude dos días después a por los resultados de analítica y en ese momento refería dolor en hipocondrio derecho que había aumentado con respecto a días previos y ya presentaba fiebre de 38°C.

Analítica sanguínea: Br 1.95, GOT 314, GPT 212, GGT 772, FA 398 Leucocitosis con neutrofilia PCR 16. Resto sin alteraciones destacables.

Ecografía abdominal en Atención Primaria: se observa dilatación de vía biliar extrahepática con contenido ecogénico en su interior, en relación con múltiples coledocolitiasis (la mayor de 10 mm de eje máximo), llegándose a visualizar el colédoco en su totalidad hasta cabeza de páncreas. No hay dilatación de la vía biliar intrahepática. (Figura 1, 2 y 3)

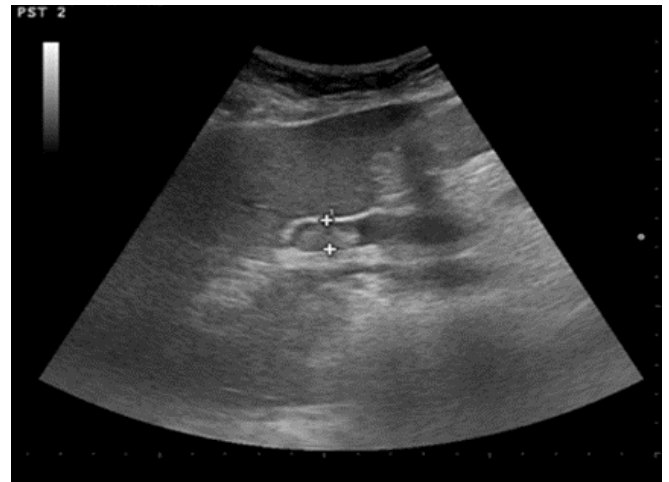


Figura 1.

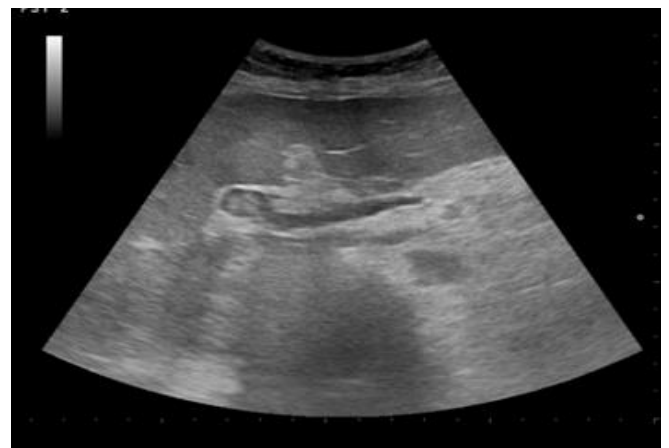


Figura 2.

Diagnóstico: Con estos hallazgos analíticos y ecográficos se decide derivar a urgencias hospitalarias por sospecha de colangitis aguda secundaria a coledocolitiasis.

La paciente ingresó en Gastroenterología para realización de CPRE y extraer los cálculos, con buena evolución clínica posterior.

COMENTARIO:

La coledocolitiasis puede ser primaria o secundaria, siendo la forma secundaria la más frecuente (2-4% post-colectomía), y resulta de la migración de cálculos desde la vesícula biliar. Puede cursar asintomática o como un cólico biliar con ictericia obstructiva, colangitis o pancreatitis aguda. Es habitual encontrar elevadas las enzimas de colestasis GGT y FA.

La ecografía en atención primaria nos permite explorar la vía biliar y nos ayuda a confirmar o descartar la

existencia de litiasis y la necesidad y forma de derivación



Figura 3.

BIBLIOGRAFÍA

- Silverstein F E. Endoscopia digestiva. En: Harrison TR, editor. Principios de medicina interna. Vol. 2. 14ta ed. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 1998.p.1798-1802.
- Leving J C, Cotton P B. Endoscopic intervention in calculus disease. In: Margulis AR, Burhenne HJ, editors. Margulis and Burhenne's alimentary tract radiology. 5th ed. St. Louis: Mosby; 2007.p.1334-54.
- Perissat J, Huibregtse K, Keane F, Russell R, Neoptolemos J. Managment of bile duct stones in the era of laparoscopic cholecystectomy. Br J Surg 1994; 81: 799-810.