

Mujer de 35 años con dolor abdominal y febrícula

Leticia López Torres¹, Beatriz Sola Ananín², Adrián Vázquez Mascato³

¹Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en área sanitaria de A Coruña

²Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en área sanitaria de A Coruña

³Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria en Complejo Hospitalario Universitario de Ourense (CHUO)

Cad Aten Primaria
Ano 2013
Volume 19
Páx. 134-134

PALABRAS CLAVE

Choledochal cyst. Bile duct cyst. Bile duct diseases.

INTRODUCCIÓN

Mujer de 35 años, sin antecedentes de interés, que consulta por dolor abdominal epigástrico, opresivo, de 24 horas de evolución y sensación distérmica. Refiere episodios previos similares. En la exploración física destaca una temperatura de 37.7 °C y dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho. Se realiza una ecografía abdominal donde se observa, en área de vesícula biliar, una imagen compatible con vesícula escleroatrófica (figura 1) y dilatación de vía biliar extrahepática (figura 2) y colédoco. Se solicita analítica sanguínea que no muestra alteraciones.

PREGUNTA

CON LOS SIGUIENTES DATOS, ¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO DE SOSPECHA?

1. Pancreatitis aguda
2. Colelitiasis
3. Colecistitis aguda
4. Malformación de la vía biliar



FIGURA 1

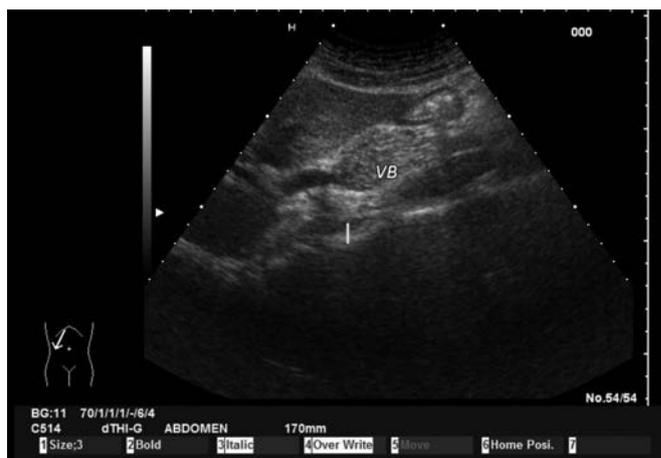
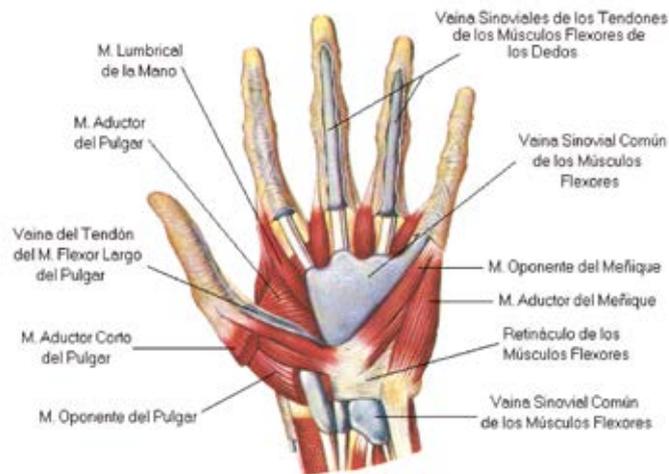


FIGURA 2. Dilatación de vía biliar extrahepática.

Correspondencia

López Torres, Leticia
C.S. Elviña-Mesoiro
C/ Alexander Von Humboldt 15008. A Coruña
Leticia.Lopez.Torres@sergas.es

intervención quirúrgica para lavado y drenaje. En pacientes inmunodeprimidos ó diabéticos, considerar cirugía como primera opción terapéutica.



En relación al caso que presentamos, una vez evaluado en nuestra consulta, fue derivado al servicio de Urgencias con sospecha de teno-

sinovitis bacteriana de los flexores de la mano para la realización de pruebas complementarias y valoración por Traumatología.

En la analítica presentaba una discreta leucocitosis con elevación de VSG. Se iniciaron analgesia y antibioterapia intravenosa con Amoxicilina-clavulánico. Tras seis días de ingreso, fue dado de alta y continuó el tratamiento vía oral en domicilio con buena evolución. Gracias al diagnóstico precoz, no fue necesario realizar cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

1. Hausman MR, Lissner SP Hand infections. *Orthop Clin North Am* 1992; 23:171-85.
2. Nathan R, Taras JS. Common infections in the hand. In: Hunter JM, Mackin E, Callahan AD, eds. *Rehabilitation of the hand: surgery and therapy*. 1995.
3. Rotes Querol J. Exploración del aparato locomotor. En: Pascual E, Rodríguez Valverde V, Carbonell J, Gómez Reino JJ. *Tratado de Reumatología* (1ª ed.). ARAN ediciones. 1998.177-208.
4. Brown DM, Young VL. Hand infections. *South Med J*. 1993; 86:56-66.

RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO MUJER DE 35 AÑOS CON DOLOR ABDOMINAL Y FEBRÍCULA

DIAGNÓSTICO

Sospechamos malformación de la vía biliar debido a la historia clínica de episodios autolimitados y recurrentes de dolor abdominal, la ausencia de litiasis en la ecografía y la normalidad de los resultados analíticos. Solicitamos tomografía computarizada abdominal donde se aprecia dilatación de la vía biliar sin determinarse su origen. Se remite a la paciente a las consultas externas de Cirugía General para completar estudio.

Con ecoendoscopia alta se comprueba dilatación de la vía biliar extrahepática. Tras realizar colangiopancreatografía resonancia se diagnostica de quiste de colédoco.

EXPLICACIÓN FINAL

El quiste de colédoco se define como la dilatación intrahepática y/o extrahepática del árbol biliar. Es una enfermedad congénita, diagnosticada en la infancia (60% en la primera década de la vida). Su incidencia oscila, según las series, entre 1/13.000 y 1/ 250.000. La prevalencia es mayor en los países asiáticos, especialmente en Japón. La

relación mujer/hombre es variable según los estudios, va desde 3:1 a 8:1 pero siempre es más frecuente en la mujer. Su identificación y tratamiento es importante porque los pacientes con esta enfermedad tienen mayor riesgo de desarrollar colangiocarcinoma.

Existen varias teorías acerca de su etiopatogenia en la que se implican distintos factores.

Según la clasificación de Todani existen cinco tipos:

- Tipo I: quiste extrahepático solitario.
- Tipo II: divertículo extrahepático supraduodenal.
- Tipo III o Coledococoele: quiste intraduodenal.
- Tipo IV: quiste intrahepático y quiste extrahepático.
- Tipo V o Enfermedad de Caroli: múltiples quistes intrahepáticos.

Estos dos últimos son en los que se ha visto mayor riesgo de desarrollar colangiocarcinoma.

Clínicamente, la tríada clásica consiste en dolor en hipocondrio derecho, ictericia y masa palpable a ese nivel. En el caso de los adultos, el

síntoma más frecuente de presentación es dolor a nivel de hipocondrio derecho, y en los niños se presenta más frecuentemente con ictericia.

Las complicaciones que pueden aparecer son: pancreatitis (hasta el 30%), colangitis, hemorragias digestivas, varices esofágicas, hipertensión portal y peritonitis biliar por rotura del quiste.

En el diagnóstico inicial, la ecografía abdominal es el primer método y el más utilizado por sospecha de enfermedad aguda de vesícula biliar. Posteriormente se solicitan otros estudios para tipificar la enfermedad: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP) y la colangiopancreatografía resonancia. Esta última ha demostrado una eficacia similar en la visualización de la anatomía de las malformaciones de la vía biliar y de la unión pancreatobiliar a la ERCP.

El tratamiento es siempre quirúrgico. La técnica depende del tipo de quiste, pero en general todas incluyen la exéresis de la dilatación.

RESPUESTAS AL CASO CLÍNICO TUMORACIÓN DOLOROSA Y LIMITACIÓN FUNCIONAL EN HOMBRO

DIAGNÓSTICO

Se indicó una gammagrafía ósea que confirmó el diagnóstico de fractura-luxación inveterada con desestructuración de la cabeza humeral sugestiva de necrosis avascular y hematoma calcificado, descartándose un proceso neofornativo asociado.

Seguidamente se contactó con la residencia, para complementar la información clínica, explicando la cuidadora referente un antecedente traumático leve en forma de caída casual dos meses antes de la consulta.

Se instauró un tratamiento sintomático con inmovilización durante 2 semanas y visitas seriadas con radiografías de control. Tras un año de seguimiento la paciente siguió una evolución correcta con una disminución significativa de la tumefacción y el dolor a la movilización pasiva, presentando una adaptación funcional que no limita actividades de vida cotidiana.

EXPLICACIÓN FINAL

El interés del caso presentado, además de la espectacularidad de la lesión articular, estriba en la dificultad diagnóstica debido al deterioro cognitivo que comprometía la entrevista clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Garrido Tordecillas FJ, Ávila Villegas R, E. Del Moral Romero E, Sánchez Marengo A. Quiste de colédoco asociado a pancreatitis aguda. Diagnóstico preoperatorio mediante colangiopancreatografía- RM. An Esp Pediatr 2002; 57 (1): 70-8.
2. Edul B, Cameron JL
3. Reddy S et al. Choledochal Cyst Disease in Children and Adults: a 30- Year Single -Institution Experience. J Am Coll Surg. Vol 206, No. 5, May 2008.
4. Visser BC, Suh I, Way L W, Kang S. Congenital Choledochal Cysts in Adults. Arch Surg. 2004; 139: 855-862.

Al desconocer el antecedente traumático nos planteamos dos opciones en el diagnóstico diferencial, aunque finalmente descartadas por las pruebas complementarias: un proceso infiltrativo tipo osteosarcoma, dada la desestructuración ósea, la tumefacción subyacente y la información proporcionada por la ecografía y la TAC que informaban de una posible lesión ocupante de espacio que eventualmente podría producir el desplazamiento articular y la luxación glenohumeral. La segunda opción diagnóstica que barajamos fue un hombro de Milwaukee u hombro hemorrágico senil¹, que es una artritis de depósito de cristales de hidroxapatita, observada en ancianos con predominio del sexo femenino. El diagnóstico se establece por la aspiración de líquido hemorrágico y la identificación microscópica de los cristales. En la radiología convencional habitualmente se observa un extenso daño en ambas superficies articulares, con artrosis secundaria, siendo el tratamiento eminentemente sintomático.

En nuestro caso la gammagrafía ósea fue de gran utilidad ya que descartó un proceso infiltrativo e inflamatorio de depósito, informando de un proceso post-traumático crónico. Aunque el diagnóstico etiológico definitivo es histológico, mediante punción-biopsia, no consideramos oportuno realizarla dado el contexto clínico de la paciente, demencia evolucionada y la correcta evolución con tratamiento conservador posterior.

Los traumatismos desapercibidos en pacientes demenciados no son infrecuentes² y es fundamental identificar estigmas cutáneos como