Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):22

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/1204 - MASA ABDOMINAL

J. Flórez García[a], I. Olaya Velázquez[b], M. de la Roz Sánchez[c], N. González García[c], J. Flórez García[a], L. López Álvarez[b], M. Álvarez Megido[d], B. García López[e], A. Luiña Madera[f] y A. Estrada Menéndez[c]

[a]Enfermero. Hospital Fundación de Avilés. Avilés. [b]Médico de Familia. Hospital San Agustín. Avilés. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. [d]Médico de Familia; [f]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Las Vegas. Avilés. [e]Médico de Familia. Área III. Avilés.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 66 años sin alergias medicamentosas conocidas. Antecedente de hipertensión arterial y fibrilación auricular. No intervenciones quirúrgicas. A tratamiento habitual con: ramipril, bisoprolol, digoxina, omeprazol y rivaroxabán. Acude por presentar desde hace 3 días dolor abdominal generalizado de tipo cólico, con náuseas, vómitos, anorexia y estreñimiento. No fiebre. No clínica miccional ni alteraciones macroscópicas de la orina. No antecedente traumático.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientada y colaboradora. Buen estado de hidratación de piel y mucosas. Palidez cutánea y sudorosa. Afebril. No tiraje respiratorio. Afectada por dolor. TA: 90/60 mmHg. Taquicardia a 130 lpm. Auscultación pulmonar hipoventilación en base derecha. Abdomen: globuloso, rubor y calor a nivel de hipocondrio derecho con dolor intenso a la palpación. Signo de Murphy positivo y Blumberg negativo. Se palpa masa de consistencia dura y muy dolorosa desde hipocondrio derecho hasta fosa iliaca derecha. Peristalsis disminuida. Bioquímica: bilirrubina total 0,38 mg/dl, sodio 134 mmol/L, PCR 33,19, pruebas hepáticas y función renal normal. Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda, anemia y trombocitosis. INR 4. Rx tórax: derrame pleural derecho con atelectasia parcial. Ecografía abdominal: signos de colecistitis aguda con vesícula distendida y perforada en fundus hacia una colección irregular intraperitoneal de 4,5 × 2 cm, colección que a su vez se abre a otra voluminosa multiloculada localizada en el espesor de la pared abdominal derecha y tejido celular subcutáneo con unos diámetros máximos de 20 × 10 cm, que se extiende desde el reborde costal hasta el nivel de cresta iliaca.

Juicio clínico: Colecistisis aguda perforada.

Diagnóstico diferencial: Colangitis, hepatitis, absceso hepático, pancreatitis, apendicitis, paniculitis y obstrucción intestinal.

Comentario final: El diagnóstico de la colecistitis se basa en una buena exploración física, aunque precisamos de realizar una ecografía abdominal para confirmar el diagnóstico. La colecitisis es más frecuente en mujeres, entre los 60-70 años como es nuestro caso. La paciente precisó de tratamiento con sueroterapia y antibioterapia intravenosa. Al estar tomando un anticoagulante que no se puede revertir su efecto se tuvo que posponer la intervención quirúrgica durante 12 horas.

Bibliografía

1. Tejedor Bravo M, Albillos Martínez A. Enfermedad litiásica biliar. Medicine. 2012;11:481-8.
2. Díaz Herranz S, García Cácer MC. Litiasis biliar. AMF. 2013;9:152-6.

Palabras clave: *Colecistitis aguda. Signo de Murphy.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.