Semergen. 2017;43(Espec Congr 1):2705

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

242/3847 - DEL CATARRO AL ABSCESO

M. Guerra Hernández[a], A. Blanco García[a], P. López Tens[b], I. Ruiz Larrañaga[c], J. Villar Ramos[d] y M. Montes Pérez[e]

[a]Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Camargo Costa. Santander. Cantabria. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Cazoña. Cantabria. [c]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. [d]Médico Residente de 3er año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dávila. Santander. Cantabria. [e]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puertochico. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años que acude por presentar desde hace tres días tos sin expectoración, ante sospecha de catarro de vías altas recomendamos tratamiento sintomático y vigilancia domiciliaria. Reacude a los tres días por añadirse fiebre máximo 39 ºC, asociado a astenia, hiporexia, un vómito alimentario y dolor en flanco derecho, continúo, exacerbado por la tos e inspiración profunda. Como antecedentes personales no alergias medicamentosas conocidas, HTA, dislipemia, DM-2, tratamiento habitual: sitagliptina 100 mg/24h, hidroclorotiazida 25 mg/24h, simvastatina 20 mg/24h. Intervenciones quirúrgicas: colecistectomía laparoscópica hace 6 meses por colelitiasis sintomática.

Exploración y pruebas complementarias: FC 123 lpm, FR 16 rpm, SatO2 93%, TA 105/75 mmHg, Tª 37,3 ºC. AC: tonos cardiacos rítmicos, sin soplos. AP: crepitantes inspiratorios en base pulmonar derecha. Abdomen globuloso, blando, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, no se palpan masas ni megalias, no peritonismo. Derivamos al servicio de Urgencias para valoración de patología abdominal. Hemograma con leucocitos = 26,7 × 10^3/µL y bioquímica básica con alteración de los reactantes de fase aguda. Radiografía de tórax PA y lateral: ligera cardiomegalia, sin condensaciones. TAC abdominal: se objetiva una colección polilobulada y abscesificada con paredes hipercaptantes y pequeña burbuja aérea en su interior, en el lecho de la colecistectomía.

Juicio clínico: Absceso intraabdominal tras colecistectomía laparoscópica.

Diagnóstico diferencial: Colangitis, pancreatitis, neumonía basal derecha.

Comentario final: Se inicia antibioterapia de amplio espectro y se ingresa a la paciente a cargo de Cirugía General quienes, tras valoración con controles analítico-radiológicos, deciden no drenar la colección. Con una evolución favorable hasta el momento. El absceso intraabdominal es una complicación poco frecuente tras una colecistectomía laparoscópicas, suele localizarse en la zona subhepática. Para el diagnóstico se requieren pruebas de imagen, siendo más útil el TAC. El tratamiento se basa en antibioterapia, drenaje percutáneo y el tratamiento definitivo es quirúrgico.

Bibliografía

1 Ruíz de Adana JC, Fernández Luengas D, López Herrero J, et al. Morbilidad atribuible a los cálculos abandonados en la cavidad abdominal tras la colecistectomía laparoscópica. Cir Esp. 2000;68:226-8.

2 Castellón Pavón CJ, Morales Artero S, Martínez Pozuelo A, Valderrábano González S. Complicaciones por cálculos y clips intraabdominales abandonados durante una colecistectomía laparoscópica. Cir Esp. 2008;84:3-9.

Palabras clave: Colecistectomía. Absceso. Complicación.

1138-3593 / © 2017 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.