



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

423/115 - DOCTOR, CÓMO ME DUELE LA TRIPA

J. Monsalve de Torre¹, M. Pinilla de Torre², M. Pinilla de Torre³, M. Arenas García⁴, L. Bea Bergés⁵

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño. ²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Esperanza Macarena. Sevilla. ³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Unidad de Cuidados Intensivos Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. ⁴Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Espartero. Logroño. ⁵Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Siete Infantes de Lara. Logroño.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 50 años, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés, que consulta a su Médico de Atención Primaria por dolor abdominal que irradia hacia zona dorsal de dos días de evolución asociando sensación distérmica sin fiebre termometrada con empeoramiento importante en las últimas horas. Ante el empeoramiento y la exploración física anormal es derivado al Servicio de Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: Afectado por el dolor. Normotensio. Febrícula de 37,5°C. A la exploración abdominal destaca una defensa voluntaria con dolor localizado en zona de hipocondrio derecho y flanco ipsilateral con un Murphy positivo. Analíticamente presenta una leucocitosis (16,4 × 1.000/?L) con desviación izquierda (12,9 × 1.000/?L neutrófilos) y elevación de los reactantes de fase aguda (PCR 202 mg/L) con transaminasas, lipasa y bilirrubina normales. Ante la sospecha de colecistitis aguda se solicita TAC abdominal con contraste en el que se objetiva una vesícula con engrosamiento parietal y capa de líquido perivesicular. Fue valorada por el Servicio de Cirugía ingresando a su cargo para colecistectomía y tras mandar la pieza a anatomía patológica fue clasificada de colecistitis gangrenosa.

Juicio clínico: Colecistitis aguda. Colecistitis gangrenosa.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis. Colangitis. Pancreatitis. Hepatitis. Síndrome de Budd-Chiari. Neumonía-empíema pleural. Absceso subdiafragmático. Embolia pulmonar.

Comentario final: Los cálculos biliares y sus complicaciones constituyen una de las causas más frecuentes de dolor abdominal en el cuadrante superior derecho del abdomen. Típicamente los pacientes describen un dolor en la línea media superior del abdomen con irradiación al hipocondrio derecho, acompañado de náuseas, vómitos y anorexia. Cuando el dolor se prolonga más de 5 horas debe sospecharse una colecistitis aguda. En tal caso, el dolor se hace más relevante y puede aparecer fiebre. El 40% de los pacientes con esta patología desarrollan complicaciones. Dentro de ellas, destaca la colecistitis aguda gangrenosa, que condiciona un aumento de la morbilidad y ocurre del 2-29% de las mismas. La obstrucción del conducto cístico da lugar a un aumento de la presión intraluminal que condiciona una marcada distensión vesicular con compromiso vascular. Esto desemboca en la necrosis de su pared apareciendo hemorragia intramural o abscesos.

Bibliografía

Moya E, Fernández L, Medina V. Colecistitis aguda gangrenosa como complicación de colecistopatía crónica. Hallazgos radiológicos y correlación patológica. RAPD. 2018 [Consultado 13 Feb 2018]. Disponible en: <https://www.sapd.es/revista/2018/41/4/10>

Arias PM, Albornoz PD, Cervetti MR, Pasarín MA. Factores predictivos de colecistitis aguda gangrenosa. Rev Chil Cir. 2017;69:124-8.