Semergen. 2015;41 (Espec Congr):184

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

160/808 - UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA EL MÉDICO DE FAMILIA

M. Algaba Montes[a], A.Á. Oviedo García[a], M. Patricio Bordomás[a], G. Santangelo Magrini[b], N. Díaz Rodríguez[c] y Á. Rodríguez Lorenzo[d]

[a]Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Valme. Sevilla. [b]Médico especialista en traumatología deportiva. Licenciado en Ciencias de la Educación Física y el deporte. Generalitat Valenciana. Hospital 9 de Octubre. Grupo Nisa. [c]Médico de Familia. Coordinador del Grupo de Trabajo de Ecografía SEMERGEN. Centro de Salud A Valenza. Barbadás. Ourense. [d]Ecografista. Clínica N.S. Perpetuo Socorro. Vigo.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 68 años sin alergias medicamentosas conocidas, con hipertensión arterial y diabetes en tratamiento farmacológico, que consulta por dolor en hipocondrio derecho de al menos una semana de evolución, más intenso en las últimas 48 horas, irradiado a región epigástrica, con cuadro vagal asociado, y fiebre de hasta 39 ºC, intermitente, que cede bien con antitérmicos habituales.

Exploración y pruebas complementarias: Presentaba regular estado general, sudorosa, febril, hipotensa, taquicárdica y taquipneica. Abdomen globuloso, blando y depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y Murphy positivo. Dada la mala situación clínica de la paciente, con datos de gravedad, al mismo tiempo que se inicia soporte hemodinámico, el médico le realiza una ecografía abdominal observando una vesícula distendida, de pared engrosada, con ecos en su interior que dejaban sombra acústica, junto a aire en la pared de la misma, y líquido perivesicular compatible con colecistitis aguda complicada, una colecistitis enfisematosa (CE). La paciente se derivó al hospital de referencia donde iniciaron medidas de soporte hemodinámico intensivas, antibioterapia empírica precoz y se indicó cirugía urgente. Todo ello permitió una evolución favorable con alta, tras ingresar en UCI, en 7 días sin complicaciones posteriores. Las pruebas analíticas mostraron glucemia de 175 mg/dl, urea 75, creatinina 1.25 mg/dl con PCR 229; iones normales, así como amilasa, bilirrubina, AST y LDH. El hemograma mostró 21500 leucocitos con neutrofilia marcada, trombocitosis, con linfopenia. La coagulación resultó normal.

Juicio clínico: Sepsis por colecistitis aguda complicada, colecistitis enfisematosa.

Diagnóstico diferencial: La colecistitis debe ser distinguida de otras entidades más benignas como el cólico biliar, que presenta el mismo tipo de dolor. La existencia de fiebre, leucocitosis con neutrofilia, y elevación de PCR nos hacen sospechar la existencia de una colecistitis. La confirmación del diagnóstico debe realizarse mediante ecografía en la que se demuestre la existencia o no de litiasis, asociada a engrosamiento de la pared vesicular, líquido perivesicular y Murphy ecográfico positivo.

Comentario final: La CE en una rara entidad que representa el 1% de todas las colecistitis, con

clínica indistinguible, pero con un peor pronóstico (25% mortalidad) y mayor número de complicaciones. Es causada por una infección secundaria de la pared de la vesícula por microorganismos productores de gas, como Clostridium welchi. Por tanto, la CE es una entidad con alta morbilidad y mortalidad, por lo que requieren un diagnóstico ágil y dinámico, que permitan un manejo adecuado para evitar en la medida de lo posible las complicaciones. El uso de la ecografía abdominal en los centros de salud nos permite un diagnóstico rápido, versátil, e integral junto con la clínica y la exploración, lo que nos facilita un tratamiento adecuado de inicio, siendo esto vital para una buena evolución de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. García-Sancho Tellez L, Rodríguez-Montes JA, Fernadez de Lis S, García-Sancho Martin L. Acute emphysematous cholecystitis. Report of Twenty cases. Hepatogastroenterology. 199; 46:2144.

2. Kiewiet JJ, Leeuwenburgh MM, Bipat S, et al. A systematic review and meta-analysis of diagnostic performance of imaging in acute cholecystitis. Radiology 2012;264:708.

1138-3593 / © 2015 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.