



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/3596 - Un Murphy positivo no implica colecistitis

N. Guelai^a, B. Martínez Sanz^b, A. García-Lago Sierra^c, C. Fernández Galache^d, M.J. Otero Ketterer^e, M.M. de Cos Gutiérrez^f, F.R. Francisco González^g, L.E. Ojeda Carmona^g, Á.L. Díaz Alvarado^c y A. Vázquez Sánchez^h

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Cantabria. ^bMédico Residente. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^dMédico de Familia; ^eMédico Adjunto. Servicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. ^fMédico de Familia. Centro de Salud Buelna. Cantabria. ^gMédico de Familia. Centro de Salud Liébana. Cantabria. ^hMédico Residente. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. Cantabria. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 89 años. HTA, DM tipo 2. Fibrilación auricular anticoagulada con apixaban, intervenida de perforación gástrica hace años. Descompensación cardiaca secundaria a anemia por úlcera gástrica. Acude a la consulta de su MAP por MEG, tiritona de 2 días de evolución, sin fiebre termometrada. Náuseas sin vómitos. Sin clínica urinaria ni respiratoria.

Exploración y pruebas complementarias: T: 37,4 °C. TA: 148/68. FC: 62. Consciente, orientada. Hidratada y perfundida. Eupneica. Colaboradora. Cabeza y cuello: Sin ingurgitación yugular ni soplos carotídeos ni adenopatías. Tórax: AC: arrítmica sin soplos. AP: MVC en ambos campos. Abdomen: blando, depresible sin masas ni megalias. Murphy positivo. PPRB negativa. Extremidades: sin edemas ni signos de TVP. Pulsos pedios +. Se sospecha colelitiasis por lo que se deriva al hospital para estudio. Una vez en urgencias hospitalarias se realiza analítica: con coagulación, hemograma y bioquímica normal excepto GPT: 134. Elemental y sedimento normal, Rx tórax sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal: aerobilia en el árbol biliar intrahepático y a lo largo de todo el colédoco, y en el interior de la vesícula biliar sin cálculos en su interior. Se aprecia trayecto de comunicación entre la vesícula y del duodeno. No dilatación de las asas de intestino delgado. Sin líquido libre intraabdominal. Hallazgos compatibles con fístula bilioentérica.

Juicio clínico: Fístula bilioentérica.

Diagnóstico diferencial: Brote ulceroso agudo/perforación encubierta; pancreatitis; apendicitis; pielonefritis derecha; dolor hepático (estasis, hepatitis, tumores, quiste hídático); hemobilia; colon irritable, cáncer de colon derecho. Hernia de hiato; espasmo esofágico; coronariopatías; neumonía de LID; derrame pleural; infarto pulmonar. Lesiones de raquis dorsal. Dispepsia funcional.

Comentario final: Se avisa al servicio de cirugía que decide ingreso hospitalario con tratamiento sintomático y observación desestimando la intervención quirúrgica en estos momentos por ausencia de oclusión intestinal. Posteriormente se ofrece cirugía para el cierre de la fístula, que la paciente y sus familiares rechazan debido a su edad sus patologías de base.

Bibliografía

1. Melgarejo Cordero F, Morales Cevidanes ML. Urgencias médicas digestivas: Hospital Clínico Universitario. Málaga.
2. Ramírez Chacón JL. Cirugía general: íleo biliar y fistula bilioentérica.

Palabras clave: GPT. Colelitiasis. Murphy. Fístula biliar.