Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):4

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/344 - Vamos a echarle un vistazo a esa tripa

C. Zárate Oñate[a], L. de Miguel Acero[a], A. Barranco Apoita[b], N. Ñiguez Baños[a], B. Parente Gómez[a], M. Hijar Jiménez[c], C.I. Ruiz Morollón[d], K. García Lombardia[e] y M. Ordóñez Vicente[f]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; [b]Médico de Familia. Centro de Salud Goya. Madrid. [c]Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Jardín. Hospital de la Princesa. Madrid. [d]Médico de Familia. Centro de Salud Santa Hortensia. Madrid. [e]Médico de Familia. Centro de Salud Los Ángeles. Madrid. [f]Médico de Familia. Centro de Salud Marie Curie. Leganés.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 32 años, obesa, y sin otros antecedentes médicos de interés, acude por clínica de dolor abdominal de 2 semanas de evolución, acompañado de vómitos desde hace una semana y de fiebre de hasta 39 ºC los últimos 3 días. Describe el dolor como continuo en epigastrio, en ocasiones irradiado a HCD. La semana anterior había tenido varias deposiciones blandas, sin productos patológicos y desde hacía 2 días no había hecho deposición. Había acudido a Urgencias en una ocasión hacía 5 días y había sido dada de alta tras analítica sin alteraciones y control del dolor.

Exploración y pruebas complementarias: TA 140/80 mmHg, FC 100 lpm, Tª 38,1 ºC, SatO2 99%. Aceptable estado general, NC, NP, NH y eupneica. Orofaringe normal. No adenopatías. AC rítmica, sin soplos. AP: MVC, no otros ruidos. Abdomen: globuloso, RHA aumentados, blando y depresible, doloroso a la palpación de HCD sin defensa abdominal, Murphy positivo, no masas ni megalias. EE: no edemas, pulsos distales presentes y simétricos. Ante esta exploración física y aprovechando que disponíamos de ecógrafo en el centro de salud, se realiza ecografía abdominal donde se visualiza la vesícula dilatada y aumento del grosor de su pared, así como la presencia de litiasis proyectada hacia el cuello vesícula.

Juicio clínico: Colecistitis aguda litiásica.

Diagnóstico diferencial: Colangitis, coledocolitiasis, hepatitis aguda, absceso hepático.

Comentario final: Tras los hallazgos ecográficos, se confirma nuestra sospecha y se deriva a la paciente a Urgencias, donde se le administra antibioticoterapia iv y se realiza colecistectomía con posterior buena evolución.

Bibliografía

1. Ortega García R, Muro Fernández de Pinedo E. Infecciones intraabdominales. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica Hospital Universitario 12 de Octubre, 7ª ed. Madrid: MSD, 2012:675-6.
2. Romero Vigara JC, Vázquez Gómez N, Monzó Monserrat C, Navarro Cueva C, Aicart Bort MD. RESIMECUM. Madrid: SEMERGEN, 2015:91-2.
3. Zakko SF. Acute cholecystitis: Pathogenesis, clinical features and diagnosis. Uptodate, 2015.

Palabras clave: Dolor abdominal. Ecografía. Colecistitis.

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