



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

242/3826 - DOCTORA... ¿NO VE USTED A MI PADRE AMARILLO?

R. Cerezo Molina^a, E. Pérez Ortiz^b y J. Vizán Caravaca^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina de Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Almuñécar. Granada. ^bMédico de Familia. Centro de Salud de Almuñécar. Granada. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Interna. Hospital de Motril. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 78 años que acude a Urgencias de Centro de Salud por referir desde hace 6 días dolor en hipocondrio derecho y epigastrio, acompañándose de fiebre de hasta 38 °C que no cede con tratamiento. El paciente había consultado previamente en 3 ocasiones por dicho motivo, pautándose tratamiento con antibioterapia ambulatoria, pero ante la no mejoría de la clínica decide volver a consultar. Valorando el transcurso clínico del paciente y ante el hallazgo en la exploración física de ictericia, dolor en hipocondrio derecho y fiebre, se decide derivación a Hospital de Referencia para realización de pruebas complementarias.

Exploración y pruebas complementarias: Regular estado general, tinte icterico de piel y mucosas, normohidratado, normoperfundido. Auscultación cardiopulmonar: tonos cardíacos rítmicos. Murmullo vesicular conservado. Abdomen: blando, doloroso a la palpación profunda de epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy positivo. Analítica: destaca leucocitos 19,16 mil/mm³ con desviación izquierda, PCR 324,8 mg/L. Bilirrubina total 1,89 mg/dL, bilirrubina directa 1,08 mg/dL. GOT 246 UI/L, GPT 159 UI/L, LDH 294 UI/L. Ecografía abdominal: coledocolitiasis complicada con colecistitis aguda probablemente perforada y colección perivesicular compatible con absceso.

Juicio clínico: Colecistitis aguda perforada secundaria a coledocolitiasis.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar, colangitis aguda, hepatitis aguda, absceso hepático piógeno, sangrado o rotura de tumor hepático, síndrome de Fitz-Hugh-Curtis.

Comentario final: La colecistitis aguda es una inflamación aguda de la pared vesicular que en el 90-95% de los casos aparece como complicación de una colelitiasis. Las colecistitis litiásicas se producen como consecuencia de la obstrucción del cístico por un cálculo, provocando en un 10% de los casos la perforación de la vesícula. Si la obstrucción se ocasiona en el colédoco en lugar del cístico, nos encontraremos ante una coledocolitiasis que puede complicarse dando lugar a una colangitis aguda. El diagnóstico diferencial entre ambas entidades resulta de interés, ya que el tratamiento médico resultará efectivo en un 80-85% de los casos si hablamos de colangitis aguda, mientras que si hablamos de colecistitis aguda el diagnóstico definitivo será la cirugía.

Bibliografía

1. Vargas M, Montealegre M, Blasco MM, et al. Dolor abdominal agudo. En: Rodríguez García JL. Green Book, diagnóstico y tratamiento médico. Madrid: Marbán Libros; 2015. p. 917-42.

Palabras clave: Colecistitis. Colangitis.