



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

242/2504 - EL PAPEL DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN EL DIAGNÓSTICO PRECOZ DE PATOLOGÍAS URGENTES

G. Izquierdo Enríquez^a, I. Prieto Checa^b, M. Cáceres Franco^a, R. Coleto Gutiérrez^a, M. Villanueva Morán^c y R. Rodríguez Rodríguez^d

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^bMédico de Familia. Centro de Salud Los Alpes. Madrid. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid. ^dMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barajas. Madrid.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 74 años, con antecedentes de HTA, DM tipo 2, dislipemia y artritis reumatoide con fibrosis pulmonar secundaria a tratamiento con metrotexate. El paciente acude a la consulta por dolor epigástrico irradiado a hipocondrio derecho y fosa renal derecha, de 24 horas de evolución y acompañado de náuseas sin vómitos. Niega diarrea, con última deposición de características normales. No presentó fiebre en ningún momento y fue valorado el día previo en el servicio de urgencias, siendo dado de alta con tratamiento sintomático. A pesar de ello, refiere persistencia del dolor, con empeoramiento progresivo del estado general y negativa para la ingesta.

Exploración y pruebas complementarias: Se lleva a cabo una exploración física completa: paciente clínica y hemodinámicamente estable, con regular estado general. Afebril. AP: murmullo conservado, crepitantes bilaterales ya conocidos. AC: rítmico, sin soplos. Abdomen: distendido, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda en HCD, con Murphy dudoso, sin palpación de masas ni visceromegalias, RHA conservados, sin signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal negativa izquierda, dudosa derecha. Resto de la exploración normal. Ante los hallazgos, se solicita analítica de sangre y orina de forma urgente y se cita ecografía abdominal en atención primaria. En la analítica de sangre, presenta leucocitosis de 15.700 con un 80,3% de neutrófilos, y una elevación aislada de amilasa de 472, con resto de enzimas hepáticas normales. La realización de la ecografía abdominal resulta difícil debido a interposición de gas y asas intestinales y por alteración de la ecogenicidad hepática, por lo que no se puede explorar el parénquima hepático en su totalidad. A pesar de ello, llama la atención la presencia de una tumoración de 5 cm de diámetro mayor, con pared engrosada, contenido en su interior y que deja refuerzo posterior. Murphy ecográfico positivo. Se remite al servicio de urgencias, donde se confirma el diagnóstico, se inicia tratamiento antibiótico e ingresa para colocación de drenaje.

Juicio clínico: Colecistitis aguda litiasica.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar y renoureteral, apendicitis aguda, pancreatitis aguda, úlcera péptica, neumonía basal derecha, absceso hepático y enfermedad coronaria.

Comentario final: La colecistitis aguda es una patología relativamente frecuente, en la que la realización de una prueba de imagen es fundamental para su diagnóstico, siendo de elección la ecografía abdominal. La práctica y formación continuada en ecografía abdominal como apoyo diagnóstico en nuestras consultas es

imprescindible para poder llegar a su diagnóstico.

Bibliografía

1. Acute cholecystitis: Pathogenesis, clinical features and diagnosis. Uptodate, 2017.

Palabras clave: Ecografía. Colecistitis. Litiasis.