



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

216/20 - Doctora, hoy me duele el costado más que nunca

S. Crespo González^a, C. de la Hoz Regules^b, C. Cayón de las Cuevas^c, C. Fleitas Quintero^d, F.J. Álvarez Álvarez^e y S.R. Castro Prieto^f

^aMédico de Familia. CS Nueva Montaña. Santander. ^bMédico de Familia. CS Suances. Cantabria. ^cMédico de Familia. CS Sardinero. Cantabria. ^dMédico de Familia. CS Los Valles. Cantabria. ^eMédico de Familia. CS Nansa. Servicio Cántabro de Salud. ^fMédico de Familia. CS Selaya. Cantabria.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 41 años sin antecedentes de interés que acude a la consulta por cuadro de dos días de evolución de dolor abdominal epigástrico irradiado a flanco e hipocondrio derechos junto con náuseas, no vómitos, no diarrea, no hiporexia. No fiebre ni sensación distérmica.

Exploración y pruebas complementarias: Buen estado general, bien nutrido e hidratado, T^a: 37,1 °C, Tensión arterial: 120/70, auscultación cardiaca y pulmonar normal. Abdomen: doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con reacción peritoneal en hemiabdomen derecho, signo de Murphy y Blumberg positivos. Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda, Bioquímica: normal salvo PCR: 14,2 mg/dL. Elemental y sedimento negativo. Ecografía abdomino-pélvica: Vesícula biliar distendida, con material litiásico en su interior. Sus paredes están marcadamente engrosadas, alcanzando un espesor de 1,1 cm, y con pérdida de la ecoestructura normal. Pequeña cantidad de líquido libre. Litiasis de 7 mm que parece situada en la confluencia infundíbulo/conducto cístico. Discreta ectasia de la vía biliar intrahepática. Colédoco distal de diámetro normal.

Juicio clínico: Colecistitis aguda litiásica.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis. Apendicitis aguda.

Comentario final: La colecistitis aguda litiásica (CAL) es una inflamación aguda de la vesícula biliar. Los cálculos están presentes en más del 90% de los casos, y causan la obstrucción persistente del tracto de salida de la vesícula. Suelen existir antecedentes recientes de cólicos biliares. La clínica consiste en dolor abdominal generalmente en el cuadrante superior derecho que puede irradiarse a espalda, escápula derecha o área clavicular asociado a fiebre, náuseas y vómitos. En la exploración es típico el signo de Murphy: la palpación durante la inspiración profunda produce dolor y paro inspiratorio. En el diagnóstico la ecografía es la técnica de elección, siendo un método rápido, seguro y exacto. Se calcula una especificidad del 80-90%. Los criterios diagnósticos ecográficos son: litiasis, especialmente cuando esta se encuentra impactada, signo de Murphy ecográfico, engrosamiento de la pared vesicular de más de 3 mm, distensión vesicular, líquido peri vesicular y signo de doble contorno. El manejo inmediato de la CAL incluye el ayuno del paciente, reposición de líquidos y electrolitos y analgesia parenteral. Si el paciente tiene vómitos, íleo o distensión gástrica hay que colocar una sonda nasogástrica. Los antibióticos intravenosos se utilizan cuando existen signos sistémicos de toxemia (fiebre, taquicardia, hipotensión) o si no hay mejoría tras 12 horas de tratamiento conservador. La colecistectomía es el tratamiento de elección. Siendo el procedimiento ideal la

colecistectomía laparoscópica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Yusoff IF, Barkun JS y Barkun AN. Diagnosis and Management of Cholecystitis and Cholangitis. *Gastroenterol Clin North Am.* 2003;32:1145-68.
2. Kenneth WS. Colecistitis aguda. *Clin Quir Norteam.* 1988; 2:293-305.
3. Martínez-Noguera A, Sabaté JM, Donoso L. Ultrasonografía abdominal. Anatomía y semiología general. *Tratado de Medicina Interna Medicine*, 5ª ed, 1991.