



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 216/68 - Colecistitis aguda en paciente anciano

A. Blanco García<sup>a</sup>, P. López Tens<sup>b</sup>, D. Fernández Torre<sup>c</sup>, E. Cerra Calleja<sup>d</sup>, J. Villar Ramos<sup>e</sup> y M. Montes Pérez<sup>f</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria; <sup>c</sup>Médico Residente de 3º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. <sup>d</sup>Médico de Familia. CS Dobra. Torrelavega. <sup>e</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina de Familia y Comunitaria. CS General Dávila. Cantabria. <sup>f</sup>Médico Residente de 1º año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS José Barros. Camargo Interior.

### Resumen

**Descripción del caso:** Varón de 95 años con antecedentes cardiopatía isquémica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ambos en tratamiento. Acude a la consulta de Atención Primaria por dolor abdominal epigástrico, continuo, de unas 30 horas de evolución. Asocia náuseas y vómitos; además de fiebre de hasta 38 °C. Última deposición ayer de características normales. No refiere coluria ni acolia. Ante la sospecha clínica se decide enviar al Servicio de Urgencias para realizar pruebas complementarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Tª 37,9 °C, TA 130/85, FC 79. Escala EVA 7/10. Consciente y orientado. Normocoloreado, normoperfundido, normohidratado. A la exploración física presenta un abdomen blando, depresible, con dolor en hipocondrio derecho, Murphy positivo. No se palpan masas o megalias. Resto de exploración anodina. Analítica: bilirrubina 3, AST 357, ALT 315, GGT 862, FA 183. PCR 7,2. 10.900 leucocitos con fórmula normal, Hb 14,9, plaquetas 192.000. Eco abdominal: vesícula biliar muy distendida, de paredes engrosadas hasta 4,5 mm, con Murphy ecográfico positivo. Presenta material hiperecogénico con sombra acústica en su interior. Los hallazgos están en relación con colecistitis aguda litiásica. La vía biliar no está dilatada. Área pancreática no accesible por abundante meteorización abdominal. Resto normal.

**Juicio clínico:** Colecistitis aguda.

**Diagnóstico diferencial:** Gastroenteritis aguda, Pancreatitis.

**Comentario final:** Nuestro paciente fue ingreso en el Servicio de Cirugía para realización de colecistectomía y tratamiento antibiótico tras crecimiento bacteriano en los cultivos. Al anciano se le considera un paciente de "alto riesgo", tanto por el deterioro biológico progresivo, como por la prevalencia de enfermedades asociadas. El abdomen agudo quirúrgico en este tipo de pacientes es distinto al del paciente más joven por la mayor morbilidad que presenta. Datos diagnósticos que apoyan el diagnóstico de colecistitis aguda son: Murphy positivo/dolor en hipocondrio derecho, fiebre, aumento de la PCR, leucocitosis, Murphy ecográfico positivo y engrosamiento mural de la vesícula, entre otros. La presentación atípica de las diferentes patologías, el retraso diagnóstico o de un examen complementario, o de una intervención quirúrgica; empeora la situación clínica. Sin embargo, es difícil establecer la indicación quirúrgica en este tipo de pacientes por no haber ningún método para su determinación. Podemos decir que los ancianos tienen un mayor riesgo quirúrgico que incrementa la mortalidad, que la infección de la herida y las complicaciones cardíacas y respiratorias son frecuentes, y que la sepsis es la principal causa de muerte.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Santoyo Santoyo J. Vía clínica para el tratamiento de la colecistitis aguda. Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.
2. Bueno Lledé J, et al. Colecistitis aguda y colecistectomía laparoscópica en el paciente anciano. Revista de Cirugía Española. 2007;81:213-7.