

## 347/3570 - CÓLICO BILIAR TRAMPA

J. Moreno Lamela<sup>a</sup>, E. Mazón Oubiña<sup>b</sup> y A. Lidón Mazón<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico de Familia. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz. <sup>b</sup>Médico de Familia. Unidad de Urgencias Hospitalarias. Hospital San Carlos. San Fernando. Cádiz.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 79 años. AP: No RAMC. FRCV: DM, HTA. Obesidad. EPOC. Cirugías: PTR bilateral. Acude hace 4 días por molestias en hipocondrio derecho, continuo, no irradiado, ni relacionado con las comidas ni los movimientos. Afebril. Sin alteraciones en el hábito intestinal ni náuseas ni vómitos. A la exploración el abdomen era blando y depresible, discretamente doloroso a la palpación en HD, sin signos de peritonismo. Con juicio clínico de cólico biliar no complicado se pauta analgesia y dieta blanda. Reacude al CS por el mismo motivo, hasta que a la cuarta asistencia, la paciente impresiona de gravedad y refiere empeoramiento del dolor así como irradiación a fosa iliaca izquierda.

**Exploración y pruebas complementarias:** Abdomen blando y depresible, discretamente doloroso a la palpación en HD, sin signos de peritonismo. Con juicio clínico de cólico biliar no complicado se pauta analgesia y dieta blanda. Se deriva al SCCU para valoración analítica y pruebas de imagen. Analítica donde se aprecian en el hemograma Hb 10 g/dl, Hto 38%, 48.000 leucocitos con desviación izquierda. La bioquímica: creatinina de 2,8 mg/dl, urea 141 mmol/l y PCR de 398,9. Eco abdominal donde se observa colelitiasis no complicada y abundante gas en marco cólico. TAC abdominal. Hallazgos compatibles con colitis sigmoidea no pudiendo filiar origen isquémico vs inflamatorio. Destaca a además diverticulosis colónica.

**Orientación diagnóstica:** Colitis sigmoidea (isquémica vs inflamatoria).

**Diagnóstico diferencial:** Colelitiasis, GEA, enfermedad diverticular, la colopatía por AINE y el cáncer colorrectal.

**Comentario final:** La colitis isquémica es la forma más frecuente de isquemia intestinal y surge cuando el colon se ve transitoriamente privado del flujo vascular. Su diagnóstico requiere un elevado índice de sospecha clínica. Para ello, es esencial considerar la cronología de los síntomas (dolor abdominal seguido de urgencia defecatoria y rectorragia) y el contexto clínico en el que éstos aparecen (más del 90% incide en personas especialmente vulnerables a accidentes vasculares). Aunque el diagnóstico requiere una colonoscopia precoz (48h) ésta no debe realizarse en presencia de peritonitis.

### Bibliografía

1. Sánchez-Puértolas B, Delgado P, Santolaria S, et al. Características clínico-evolutivas de la colitis isquémica. ¿Debe mejorarse el índice de sospecha clínica? Gastroenterol Hepatol. 2005;28;181.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Cólico biliar. Colitis.