

347/1396 - UNA COMPLICACIÓN MÁS

M. Salas Salas^a, L. Contreras Briones^a, E. Huertas Luque^b y F. Contreras Anguita^c

^aMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ^bMédico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Chana. Granada. ^cMédico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Varón 77 años con AP: DM-II. Complicaciones tardías micro y macrovasculares: Retinopatía diabética. Polineuropatía simétrica distal. Debilidad subaguda de miembros inferiores y atrofia muscular por desuso. Dolor neuropático. ACV isquémico con secuelas sensitivas en miembro superior izquierdo. HTA. Trastorno de ansiedad. Cirugía: absceso perianal (mala evolución). Alergia a Nolotil. Tratamiento habitual: metformina/vildagliptina 850/50/24h; Humalog Mix 25 20-0-20 UI; clopidogrel 75 mg/24h; tramadol 75 mg/24h; pregabalina 150 mg/8h; clortalidona 50 mg/12h; lormetazepam 2 mg/24h; omeprazol 20 mg/24h. Consulta por dolor en hipocondrio derecho de tres días de evolución irradiado hacia fosa renal ipsilateral y asociado a fiebre no cuantificada. Coincide con cuadro de estreñimiento. Se acompaña de orinas oscuras y malolientes. No emesis.

Exploración y pruebas complementarias: A su llegada a Urgencias presenta TA 90/55, FC 102 lpm, SatO2 97% y T^a 38,5 °C (q-SOFA = 2). Hipoperfusión periférica con frialdad en MMII y retraso en el relleno capilar. Consciente aunque algo somnoliento. Bien hidratado, normocoloreado y eupneico. La palpación abdominal es dolorosa en hipocondrio derecho. Murphy +, Blumberg - y puño percusión renal derecha +. No signos de irritación peritoneal. Hemograma: leucocitosis (23.420 leucocitos) y neutrofilia (92%). Bioquímica: BB total 1,6 mg/dL (B. directa 0,56 mg/dL), resto normal. Orina: hematés, leucocitos y nitritos positivos. PCR 120 mg/L. Ácido láctico 4,6 mmol/L. Procalcitonina 1,88 ng/dl. SOFA: 5 puntos. Radiografía abdomen: infiltración de aire perivesicular. TC abdomen: imagen compatible con colecistitis enfisematosas perforadas. Se inicia tratamiento antibiótico intravenoso de amplio espectro y se contacta con cirugía para colecistectomía urgente.

Orientación diagnóstica: Colecistitis enfisematosas perforadas.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar. Colangitis. Pielonefritis. Pancreatitis aguda. Neumonía, etc.

Comentario final: La colecistitis enfisematosas es una variante infrecuente, pero potencialmente mortal, de la colecistitis aguda, más frecuente en pacientes diabéticos y directamente relacionada con el estado metabólico. Las infecciones en los pacientes diabéticos suelen ser más frecuentes y graves que en la población general. Desde atención primaria realizamos un papel fundamental en el control metabólico de nuestros pacientes diabéticos, en la prevención de las complicaciones y en la detección precoz de las mismas.

Bibliografía

1. España Fuente L, Soto Mesa D, Fernández Díez A. Colecistitis enfisematoso debida a clostridium perfringens. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2018;65(5):129-31.

Palabras clave: Colecistitis. Diabetes.