

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

## 424/996 - EL CONTRAGOLPE VESICULAR

P. Haus Ortiz<sup>1</sup>, A. Fernández Sáez<sup>2</sup>, R. Cordero Bernabé<sup>3</sup> y A. Carrión Pérez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín 2. Albacete. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Alcadozo. Albacete. <sup>3</sup>Médico de Medicina Interna. Hospital de Hellín. Albacete. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Hellín 2. Albacete.

### Resumen

**Descripción del caso:** Paciente varón de 82 años, con antecedentes de hipertensión y fibrilación auricular permanente en tratamiento con enalapril 20 mg, atenolol 50 mg y acenocumarol. Acudió a consulta tras ser visto el día previo en el servicio de urgencias por dolor en hemiabdomen derecho, dado de alta con el diagnóstico de cólico renoureteral derecho y pautando tratamiento analgésico. Rehistoriando al paciente, refirió caída casual hace 5 días con contusión en tronco y hemiabdomen izquierdo; desde entonces presenta dolor en hemiabdomen derecho continuo, no irradiado, sin náuseas, vómitos o diarrea. A la exploración física destacaba palidez cutánea y hematomas en flanco izquierdo torácico y abdominal. A la palpación abdominal, molestias generalizadas, sin signos de irritación peritoneal. Se solicita analítica completa para el día siguiente y mantener el tratamiento analgésico. Acudió nuevamente de madrugada por aumento del dolor abdominal, asociando náuseas, sin vómitos. A la exploración, intensa palidez cutánea, tensión arterial 87/42 mmHg y febrícula. Presentaba abdomen en tabla, con defensa a la palpación, principalmente a nivel de hipocondrio derecho con Murphy positivo. Se canalizó vía periférica y se inicia fluidoterapia intensiva y se administró cloruro mórfico 2 mg intravenoso, derivando posteriormente al paciente en UVI móvil a urgencias hospitalarias.

**Exploración y pruebas complementarias:** Analítica urgencias: creatinina 1,82 mg/dl, hemoglobina 10,8 g/dl (previa 12,8 g/dl), leucocitos 14.330 (neutrófilos 80,1%), procalcitonina 0,06 ng/ml. TAC tórax-abdomen-pelvis: vesícula distendida y líquido libre en hipocondrio derecho (perihepático y perivesicular).

**Orientación diagnóstica:** Abdomen agudo.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis, colangitis, cólico biliar, hemorragia abdominal postraumática, perforación víscera hueca.

**Comentario final:** Puesto que el TAC no permitía un diagnóstico definitivo, y ante la persistencia del dolor, se realizó laparotomía exploratoria objetivándose peritonitis biliar secundaria a rotura vesicular traumática. En la literatura la perforación vesicular tras traumatismo cerrado es una clínica poco frecuente. Además, nuestro caso tiene el aliciente de que el traumatismo fue en el lado contralateral, así como el tiempo de demora desde el mismo hasta el inicio de la clínica de abdomen agudo.

### Bibliografía

1. Ruiz-Clavijo D, Rullan M, et al. Perforación vesicular tras traumatismo toracoabdominal cerrado diagnosticado y tratado mediante CPRE. Rev Esp Enferm Dig. 2017;109 (4):284-5.
2. Abadal JM, Alba I, Álvarez MJ, Hernández A. Rotura vesicular secundaria a traumatismo abdominal cerrado. Radiología. 2002;44(6):265-7.

**Palabras clave:** Peritonitis biliar. Perforación vesicular.