

377/52 - DOLOR ABDOMINAL ATÍPICO

S. Álvarez Colinas¹, A. Riola Blanco², N. Domínguez Hernández¹, M. Núñez Reynoso¹, S. Vidal Rodríguez³, L. González Coronil¹, V. Ruiz Larrea⁴, E. García Noeda⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ²Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada III. León. ³Médico Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ponferrada II. León. ⁴Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bembibre. León. ⁵Médico de Urgencias. Hospital El Bierzo. León.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 71 años de edad sin alergias conocidas e independiente para las actividades básicas de la vida diaria. Antecedentes patológicos: hipertensión arterial, fibrilación auricular y síndrome ansioso depresivo. Tratamiento habitual: Enalapril, Sintrom, Seroxat, Orfidal y Sedotime. Acude al centro de atención continuada por dolor en tórax irradiado a epigastrio de 24 horas de evolución, constante, asociado a dos deposiciones diarreicas.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 130/80 mmHg. FC: 67 lpm. T^a: 36'6°C. Consciente, orientado, colaborador. Palidez mucocutánea. Auscultación cardiaca: tonos arrítmicos, sin soplos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen: blando, depresible, doloroso a la palpación generalizada, sobre todo en hipocondrio y flanco derechos, ruidos hidroaéreos disminuidos, Murphy negativo. Extremidades inferiores: sin edemas ni signos de TVP. Tras anamnesis y exploración física detalladas se decide derivación a hospital de referencia donde se realizan las siguientes pruebas: hemograma: leucocitos 15.700 (3% cayados), resto normal; bioquímica urgente normal, procalcitonina 0'4, seriación de troponina I negativa, PCR 12'6.; coagulación: INR 1'8; hemostasia: normal; Dímero D: 0'74. ECG: FA a 70 lpm sin alteraciones de la repolarización. Rx tórax: anodina. AngioTC arterias pulmonares: no se identifican defectos de repleción en las arterias pulmonares principales, lobares o segmentarias que sugieran tromboembolismo pulmonar. Ecografía abdominal: vesícula biliar distendida con microlitiasis y contenido ecogénico puntiforme en su interior. En el momento actual no se observan engrosamientos significativos de la pared, ni cambios inflamatorios de la grasa perivesicular. El Murphy ecográfico es negativo. No se observa dilatación de la vía biliar. Hígado, páncreas, bazo, riñones y vejiga sin alteraciones significativas. Ante la persistencia del dolor y para completar estudio del paciente, se decide ingreso en el Servicio de Medicina Interna. Ingresa permaneciendo afebril, aquejando ligeras molestias en hipocondrio derecho al incorporarse, tumbarse y a la inspiración profunda. En la exploración física el abdomen continúa siendo blando, depresible y sin datos de irritación peritoneal. Se solicita TC abdominal para completar estudio. TC abdominal: hidrops vesicular objetivándose una vesícula de contornos policíclicos y paredes finas con presencia líquido libre perivesicular, sin otros signos de colecistitis aguda en este estudio. Ante el hallazgo radiológico, el paciente pasa a cargo del Servicio de Cirugía General, donde presenta buena evolución con tratamiento antibiótico y reintroduciendo la alimentación oral. El paciente queda incluido en lista de espera para colecistectomía programada.

Juicio clínico: Hidrops vesicular.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis aguda, coledocolitiasis, carcinoma de la vesícula biliar.

Comentario final: El hidrops vesicular se define como la distensión aguda de la vesícula biliar por obstrucción a nivel del cuello, del colédoco o del cístico. Puede deberse a litiasis o a carcinomas. Clínica habitual: hipersensibilidad y dolor en hipocondrio derecho, dolor con los movimientos respiratorios, síndrome febril, y en algunas ocasiones masa palpable. Ante un dolor abdominal del que no sabemos la causa, debemos completar el estudio con las pruebas complementarias correspondientes y así poder establecer el diagnóstico de certeza.

Bibliografía

Segura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral J.M. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. Elsevier Semergen [Internet]. 2016. [citado 11 Mayo 2018]; 42(1):25-30. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.semurg.2014.09.004>