



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

447/30 - DOCTORA, PERO SI YO NO TENGO VESÍCULA

I. Marín Subero¹, B. Urdín Muñoz², A. Berné Palacios³

¹Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Torrero-La Paz. Zaragoza.²Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Las Fuentes Norte. Zaragoza Sector II. Zaragoza.³Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almazora. Zaragoza Sector II. Zaragoza.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 70 años vista en su centro de salud en varias ocasiones por dolor abdominal focalizado en hipocondrio derecho junto con náuseas y vómitos, derivada a urgencias por empeoramiento del estado general durante las últimas 24 horas y aparición de fiebre. Acude a urgencias presentando cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, irradiado a ambos flancos, ictericia cutáneo-mucosa, náuseas y vómitos que empeoran con la ingesta y febrícula de hasta 37,8 °C de 12 horas de evolución. Colecistectomizada en marzo de 2019. La paciente fue valorada previamente en urgencias de Hospital Provincial en dos ocasiones solicitándose enzimas pancreáticas que resultaron normales, siendo dada de alta por cuadro de dolor abdominal inespecífico con tratamiento sintomático y control por MAP. Además fue valorada por digestivo en abril de 2019 por cuadro de dispepsia de varios meses de evolución sin observarse alteraciones en la gastroscopia. Pendiente de test del aliento. Antecedentes personales: HTA, osteoporosis, miomas uterinos. IQ: colecistectomía en marzo de 2019. Medicación habitual: omeprazol 40 mg 1-0-0, ramipril 5 mg 1-0-0, Prolia 60 mg c/6 meses.

Exploración y pruebas complementarias: TA 123/67, FC 86 lpm, SatO2 97%, FR 16 rpm, T^a 37,8 °C. Regular estado general. Consciente y orientada. Normohidratada. Ictericia cutáneo-mucosa. Eupneica. Glasgow 15. ACP: normoventilación. Tonos rítmicos y sin soplos. Abdomen: blando y depresible, no se palpan masas ni visceromegalias, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio, Murphy +, Blumberg -, no otros signos de irritación peritoneal. Puñopercusión renal negativa bilateral. BQ: Br 9,74, Br directa 5,93, resto sin alteraciones. Enzimas: amilasa 34, lipasa 13, FA 358, GGT 1109, GPT 216. Hemograma: leucocitos 24.300 (neutrófilos 22.100), resto sin alteraciones. Coagulación: sin alteraciones. Ecografía abdominal: colecistectomizada, imagen de litiasis de 6 mm de diámetro en colédoco con dilatación de vía biliar intrahepática. Masas pélvicas dependientes del útero de 6 × 5 cm y 8 × 5,5 cm compatibles con miomas uterinos sin cambios respecto a exploraciones previas. No líquido libre abdominal. No otras alteraciones.

Juicio clínico: Colangitis. Pancreatitis. Coledocolitiasis. Neoplasia biliar.

Comentario final: En esta paciente había sido desestimado el cuadro de cólico biliar dados sus antecedentes de colecistectomía, centrándose las pruebas complementarias realizadas en visitas previas a urgencias en un posible cuadro de pancreatitis que fue desestimado dados los resultados analíticos. Ante un posible cuadro compatible con cólico biliar en un paciente colecistectomizado hay que tener en cuenta además de una posible pancreatitis aguda, la posibilidad de que persistan o se hallan formado litiasis en la vía biliar restante

o bien en la estenosis posquirúrgica de esta. Es importante tenerlo en cuenta para evitar complicaciones como en el caso de esta paciente donde se produjo una sobreinfección de la vía biliar dando lugar a un cuadro de colangitis. Además hay que tener en cuenta que ante un paciente con ictericia y dolor abdominal acompañado de náuseas y vómitos siempre hay que descartar una obstrucción de la vía biliar como causa de la ictericia.

Bibliografía

Aguilar Rodríguez F, Bisbal Pardo O, Gómez Cuervo C, de Lagarde Sebastina M, Maestro de la Calle G, Pérez- Jacoiste Asin MA, et al. Manual de Diagnóstico y Terapéutica Médica, 7^a ed. Madrid: Univadis; 2012.