



# Medicina de Familia. SEMERGEN



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

## 212/911 - CÓLICO BILIAR ATÍPICO

D.M. Robaina Cabrera<sup>a</sup>, B. Martínez Sanza<sup>a</sup>, A. García-Lago Sierra<sup>b</sup>, N. Guelai<sup>c</sup>, C. Fernández Galache<sup>d</sup>, E. López Uzquiza<sup>e</sup>, I. Galán López<sup>f</sup>, I. Abascal Sañudo<sup>a</sup>, O. Casanueva Soler<sup>g</sup> y Á.L. Díaz Alvarado<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente. Centro de Salud Dobra. Cantabria. <sup>b</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. <sup>c</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Cantabria. <sup>d</sup>Médico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. <sup>e</sup>Médico Adjunta Radiodiagnóstico. Hospital del Oriente de Asturias. Arriondas. <sup>f</sup>Médico Residente. Centro de Salud Saja. Cantabria. <sup>g</sup>Médico Residente. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.

## Resumen

**Descripción del caso:** Varón 74 años. AP: HTA, DM2, dislipemia, obesidad (IMC: 37), claudicación intermitente en seguimiento por cirugía vascular, no limita su actividad diaria y rechaza operarse, cólicos biliares de repetición. IQ: apendicectomía y fractura de tobillo izquierdo. Tratamiento indócil: Metformina, atorvastatina, enalapril, analgesia a demanda. Acude a centro de salud por 8-10 días con dolor en flanco derecho similar a episodios previos de cólicos biliares, calma con paracetamol e ibuprofeno, no terminan de remitir. Ante los hallazgos se remite a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** MAP. A destacar TA: 183/91 FC: 105 T<sup>a</sup>: 36,9 °C. Palidez mucocutánea, AC: Rítmica soplo sistólico aórtico, Abdomen: molestias a la palpación profunda en FID, se palpa una masa, Blumberg negativo, trastornos tróficos en extremidades inferiores. ECG: Q negativa en II-III. Urgencias. Analítica: leucocitosis, 17% cayados. ECO-TAC abdominal: Colección de gas extraluminal en ciego e inmediatamente por debajo colección líquida de unos 5 × 4 cm sugestivo de perforación.

**Juicio clínico:** Perforación contenida.

**Diagnóstico diferencial:** Cólico biliar, apendicitis, diverticulitis, estreñimiento, obstrucción, SCA.

**Comentario final:** La perforación intestinal es un abdomen quirúrgico, suele aparece con una clínica florida, con dolor e inestabilidad hemodinámica. Pero hay situaciones en las que puede ser larvada, como en este caso. Suelen ser pacientes muy vasculares y en esta localización, donde la vascularización es muy distal y pobre, dando lugar a pequeñas áreas de necrosis por hipoperfusión y formando pequeñas perforaciones que se contienen por las estructuras vecinas y del propio contenido. Dando la cara solamente con molestias abdominales hasta que por fin de una clara sintomatología de perforación o sepsis.

## Bibliografía

1. Nassour I, Fang SH. Gastrointestinal perforation. JAMA Surg. 2015;150:177.
2. West AB, NDSG. The pathology of diverticulitis. J Clin Gastroenterol. 2008;42:1137.

3. Cahalane MJ. Overview of gastrointestinal tract perforation. Uptodate, 2016.

**Palabras clave:** *Cólico biliar. Perforación contenida.*