



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1922 - DOLOR ABDOMINAL DE URGENCIAS EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA; COLECISTITIS COLELITIÁSICA COMO COMPLICACIÓN DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

K. Lucía López y H. Ferrufino

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Nova Lloreda. Badalona.

Resumen

Descripción del caso: Paciente femenina de 68 años, antecedente bypass gástrico en junio 2013 (centro privado) por síndrome metabólico y DM II, desde el egreso de cirugía recibe ácido ursodesoxicólico, cianocobalamina, lipasa y acarbosa. Otros antecedentes: HTA, cólicos nefríticos, quistes renales bilaterales en control anual ecográfico desde 2009 y hallazgo de barro biliar desde agosto de 2014 sin presentar sintomatología. Consulta urgencia el 5 julio 2016 por 24h de dolor continuo punzante en hemiabdomen derecho irradiado a espalda intensidad 7/10, asociado a febrícula 37,4 °C, no se asocia a ingestas, no presentó náuseas ni emesis, autorecetó AINEs sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: TA 91/55, FC 88, FR 19, T 37,4 °C. Talla 1,69 cm. Peso 70 Kg. IMC 24,4. Álgida, hidratada Abdomen blando depresible, doloroso a palpación superficial y profunda en hipocondrio y flanco derecho. Murphy +, peristaltismo presente. No se palpan masas ni megalias. Resto de examen físico sin alteraciones. Rx abdomen: heces y gas en marco cólico aerocolia. Leucocitos 13.000 neutrof segmentados 85,2%, plaquetas 567×10^3 , glucosa 99,9, creatinina 1 mg/dl, urea 59,1, amilasa 34,2. Bilirrubina total 0,27, GOT 12,6, GPT 15. Ecografía abdominal: vesícula biliar distendida con engrosamiento asimétrico de pared, Murphy +, no observa litiasis.

Juicio clínico: Colecistitis, barro biliar. Paciente con signos clínicos de colecistitis aguda, cirujano de guardia decide intervención urgente ingresa quirófano 6/7/2016 realiza colecistectomía laparoscópica: colecistitis aguda gangrenosa, se envía pieza a Anatomía Patológica. Resultado: vesícula con focos congestivos, múltiples cálculos, mucosa plana pálida. Postoperatorio adecuado, cobertura Augmentine 875/125 mg c8h durante 10 días y analgesia.

Diagnóstico diferencial: Pancreatitis. Cólico nefrítico. Oclusión intestinal. Enfermedad diverticular. Cólico hepático.

Comentario final: Pacientes con bypass gástrico: el sexo femenino y la rápida pérdida de peso > 25% son factores predisponentes para colelitiasis; aprox 15-25% presentan como complicación colecistitis por colelitiasis posterior a intervención en un plazo que va desde 3 meses a 10 años.

Bibliografía

1. Melmer A, Sturm W, et al. Incidence of gallstoneformation and cholecystectomy 10 yearsafter bariatric surgery. *Obes Surg.* 2015;25:1171-6.
2. Tsirlane VB, Keilani ZM. How frequently and when do patients undergo cholecystectomy after bariatric surgery? *Surg Obes Relat Dis.* 2014;10:313-21.

Palabras clave: *Bypass gástrico. Colecistitis. Dolor abdominal.*