



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 424/4118 - VESÍCULA BILIAR COLAPSADA CON LITIASIS MÚLTIPLE

S. Álvarez López<sup>1</sup>, M. Pinilla de Torre<sup>2</sup>, B. Serrrano Montalbán<sup>3</sup> y S. Zarza Martínez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Madridejos. Toledo. <sup>2</sup>Médico de Familia. Centro de Salud La Algaba. Sevilla. <sup>3</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Alcázar. Ciudad Real. <sup>4</sup>Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital la Mancha Centro. Alcázar de San Juan. Ciudad Real.

### Resumen

**Descripción del caso:** Mujer de 67 años, diabética tipo 2, infarto agudo de miocardio posterior en agosto de 2018. Enfermedad arterial crónica triple vaso con by-pass de arteria mamaria izquierda a descendente anterior. Previo a cirugía sufre una colelitiasis aguda complicada, se colocó pig tail por su situación hemodinámica. Ecografía abdominal enero 2019: vesícula biliar colapsada con litiasis múltiple. Sin dilatación de vía biliar. Aporta perfil hepático normal. Asintomática. No se aconseja operar antes del año de la cirugía cardiaca. En septiembre acude al médico de familia por dolor abdominal generalizado de 12 horas de evolución, distensión abdominal y un vómito tras el desayuno. Niega fiebre, coluria ni acolia. Su médico, tras la exploración física, dados los antecedentes de la paciente, deriva a urgencias hospitalarias. Se confirma cólico biliar no complicado sin signos de infección. Ingresa en Digestivo, con dieta absoluta y analgesia.

**Exploración y pruebas complementarias:** Centro de Salud: TA: 129/75 mmHg, FC: 92 lpm, T<sup>a</sup>: 36,5 °C. Bien hidratada, ligera ictericia conjuntival, afebril. Auscultación cardiorrespiratoria: rítmica, clic mitral. Abdomen: levemente distendido, timpánico. Blando y depresible, molestias a la palpación en hipocondrio derecho, sin defensa. Murphy negativo. ECG: ritmo sinusal a 90 lpm, eje normal. PR 0,20, QRS estrecho. Sin signos de isquemia aguda. Hospital: leucocitos 6.200/mm<sup>3</sup> (neutrófilos 71%); urea 42 mg/dl; creatinina 0,5 mg/dl; GOT 278 UI/l; GPT 533 UI/l; bilirrubina total 3,4 mg/dl; BD 3,1 mg/dl; amilasa 126 UI/l, PCR 0,3 ng/dl.

**Orientación diagnóstica:** Cólico biliar complicado sin datos de infección. Probable coledocolitiasis.

**Diagnóstico diferencial:** Colecistitis. Coledocolitiasis. Colangitis. Pancreatitis aguda litiásica.

**Comentario final:** La litiasis biliar es una enfermedad frecuente, de prevalencia mayor en mujeres (2:1), sobre todo a partir de los 65 años. El síntoma característico de la litiasis biliar es el dolor, a veces acompañado de náuseas, vómitos, o ambos. El tratamiento definitivo de la colelitiasis sintomática es la colecistectomía, puesto que elimina la litiasis y evita la recurrencia.

### Bibliografía

1. Jiménez Murillo L, Montero Pérez FJ. Medicina de Urgencias y emergencias: guía diagnóstica

y protocolos de actuación, 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2014.

2. García Ávila M, Blanco Bravo A. Patología urgente de la vía biliar. En: Julián Jiménez A, ed. Manual de protocolos y actuación en urgencias. Complejo Hospitalario de Toledo. Madrid: Edicomplet; 2010. pp. 448-52.

**Palabras clave:** Dolor abdominal. Cólico biliar. Colelitiasis.