



# Medicina de Familia. SEMERGEN

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



## 482/1094 - OTRA GRAN SIMULADORA

G. Durán Román<sup>1</sup>, M. Castillo Iglesias<sup>1</sup>, A. Santos Lastra<sup>2</sup>, C y Salas Pelayo<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto Chico. Santander. Cantabria.

<sup>2</sup>Residente de 4º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Laredo. Laredo. Cantabria.

<sup>3</sup>Especialista en Medicina Interna. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria.

## Resumen

**Descripción del caso:** Paciente de 58 años con antecedentes de HTA e hiperuricemia. Citado de manera presencial en su Centro de Salud por episodio de dorsalgia de menos de 24 horas de evolución. Dorsalgia desde T10 a T12 irradiado a región paravertebral derecha y epigastrio; dolor de perfil cólico y refractario al tratamiento. No asociado a los movimientos respiratorios, movimientos del tronco o traumatismos. Asociaba distensión abdominal y un vómito aislado. Afebril. Sin otra clínica respiratoria o genitourinaria. Derivado a Urgencias.

**Exploración y pruebas complementarias:** TA: 35,6 °C. TA: 159/106 mmHg. FC: 93 lpm. SAT: 100%. Consciente. Hidratado y perfundido. Normocoloreado. AC: Normal AP: Normal. Dolor localizado en región T10-T12 no reproducible a la palpación. Abdomen: blando. No doloroso a la palpación. RHA: aumentados. Murphy negativo. Blumberg negativo. Extremidades: normales. Bioquímica: glucosa suero 183, FG > 90, sodio 141, potasio 3,2, ALT (GPT) 33, AST (GOT) 24, GGT 21, fosfatasa alcalina (ALP) 76, bilirrubina total 0,9, amilasa 38. Hematimetría: leucocitos 14,3, neutrófilos 11,7, linfocitos 2,0, hematíes 5,49, hemoglobina 16,3, plaquetas 240. Hemostasia: ACP 90. Radiografía de tórax y ECG: normal.

**Orientación diagnóstica:** Pruebas complementarias dentro de la normalidad. Ante la persistencia del dolor se decidió mantener al paciente en evolución con tratamiento analgésico y nueva analítica. Durante ese tiempo, sufrió episodio fiebre termometrada (38 °C) y desplazamiento del dolor hasta hipocondrio derecho sin cambios en la exploración abdominal. En la nueva analítica hubo aumento de los reactantes de fase aguda y bilirrubina elevada por lo que fue solicitada prueba de imagen (TAC) con hallazgos de una colecistitis aguda litiásica.

**Diagnóstico diferencial:** Patología osteomuscular. Patología pulmonar basal derecha.

**Comentario final:** La forma de presentación clínica más clásica de la colecistitis aguda es de dolor abdominal en hipocondrio derecho y/o epigastrio, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos. En algunas ocasiones, los pacientes presentan formas atípicas que pueden causar errores diagnósticos. Nuestra intención, es resaltar por un lado, las distintas manifestaciones de esta entidad clínica y por otra parte la importancia de llevar a cabo una correcta evolución clínica cuando los síntomas no cuadran con las teorías iniciales.

## **Bibliografía**

1. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. J Long Term Eff Med Implants. 2005;15(3):329-38.

**Palabras clave:** Colecistitis. Vesícula biliar. Dolor abdominal.