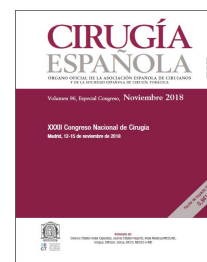




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-698 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DE COLECISTITIS AGUDA. VESÍCULA BILIAR FISTULIZADA A VEJIGA VESICAL E INCARCERADA EN PARED ABDOMINAL

Gutiérrez Andreu, Marta; Moreno Bargeiras, Alejandro; Alegre Torrado, Cristina; Supelano Eslait, Guillermo; Bernal Titapo, Julia; de la Cruz Vigo, Felipe; Ferrero Herrero, Eduardo; Yuste García, Pedro

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda es uno de los motivos de consulta más frecuente en las urgencias quirúrgicas. Para llegar al diagnóstico es de suma importancia realizar una exhaustiva exploración física y anamnesis. Las manifestaciones clínicas habituales son: dolor en hipocondrio derecho, fiebre, alteración analítica con reactantes de fase aguda elevados y signo de Murphy positivo. Presentamos un caso con manifestaciones clínicas y exploratorias atípicas.

Caso clínico: Mujer de 54 años que acude a la urgencia de nuestro hospital por dolor abdominal. Como antecedentes personales, es fumadora, presenta artrosis de L4-L5, ha sufrido varios cólicos biliares y se le han realizado 2 colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas con extracción de coledocolitiasis hace 2 años. Cesárea por laparotomía media infraumbilical hace 28 años. La paciente refiere dolor infraumbilical de 6 días de evolución acompañado de un aumento progresivo del perímetro abdominal. No ha presentado alteraciones del tránsito intestinal. No fiebre. El abdomen es blando y depresible, doloroso a la palpación en región infraumbilical, donde se objetiva una masa eritematosa, caliente y fija, sobre la cicatriz de la cesárea, de unos 3 cm. de diámetro. Resto del abdomen sin hallazgos. La cicatriz infraumbilical de la cesárea previa está bien consolidada. Se le solicita una analítica de sangre urgente. Bioquímica, hematología y estudio de coagulación normal. Como único hallazgo alterado, presenta una PCR elevada, 10,49 mg/dl. La radiografía de abdomen es inespecífica, con heces en marco cólico y aire en la ampolla rectal. No presenta signos de obstrucción. TAC abdómino pélvico: Colecistitis aguda litiásica. Fistulización del fundus vesicular hacia la pared abdominal anterior. Colección o absceso en el tejido subcutáneo en la línea media infraumbilical, en contacto con la cúpula vesical pudiendo existir plastrón inflamatorio o adherencias entre vesícula biliar y vejiga. Se realiza una laparotomía media infraumbilical sobre la tumoración que resulta ser la vesícula biliar encarcerada, perforada en la pared abdominal y adherida a la cúpula vesical. Se objetiva salida de contenido purulento y múltiples colelitiasis. Se realiza colecistectomía retrógrada, resección de cúpula vesical con cierre primario y resección de la pared abdominal afectada con posterior cierre primario. La anatomía patológica es informada como vesícula biliar con colecistitis aguda perforada con áreas fibroinflamatorias abscesificadas que afectan a vejiga y pared abdominal. El postoperatorio cursó sin incidencias. La paciente comenzó con tolerancia oral el segundo día tras la intervención y fue dada de alta al quinto día. Se mantuvo la sonda vesical durante 15 días y fue retirada en consulta ambulatoria.



Discusión: La sospecha diagnóstica está basada en la exploración física y en la historia clínica. Presentamos un caso en el que una paciente con una tumoración dolorosa infraumbilical presentaba una colecistitis aguda, una patología que no habíamos barajado en el diagnóstico diferencial ya que no presentaba ninguno de las manifestaciones típicas de esta patología.