



Medicina de Familia. SEMERGEN

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



329/4 - LA IMPORTANCIA DE LA RE-EVALUACIÓN

P. López Alonso Abaitua¹, M. Cobo Rossell², R. Correa Gutiérrez³, M. Alonso Santiago³, L. Rodríguez Vélez⁴, C. Marinero Noval⁵.

¹Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ²Médico Residente de 1er año. Centro de Salud Saja. Hospital Sierrallana. Cantabria. ³Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zapatón. Cantabria. ⁴Médico Residente de 2º año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Bezana. Cantabria. ⁵Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Asturias.

Resumen

Descripción del caso: Mujer 78 años, acude a mi consulta de Atención Primaria por dolor intermitente en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución y vómitos de contenido alimentario. No fiebre. No alteración en el número o consistencia de las deposiciones. No productos patológicos en las mismas. Se decide mantener a la paciente con metoclopramida para aliviar los vómitos pero sin analgesia para evitar enmascarar el dolor. Se cita en consulta a las 24 horas: La paciente presenta fiebre, el dolor abdominal ha aumentado claramente de intensidad y se extiende a epigastrio. Los vómitos no han cesado pese al tratamiento antiemético. Se remite a la paciente a urgencias hospitalarias.

Exploración y pruebas complementarias: Temp 38,7°C, 110/76 mmHg, 68 latidos/min, SatO₂ 97%. Impresiona de dolor, consciente, orientada, palidez cutánea. No aumento de PVY. AC: rítmica, se ausculta un soplo sistólico. AP: MVC, crepitantes bibasales. Abdomen: dolor intenso a la palpación de hipocondrio derecho y epigastrio. Murphy dudoso. Hemograma: leucocitosis 17.100/μl con neutrofilia (80,7%). Creatinina 3,61 mg/dl, K 6,1mg/dl. TAC Abdominal: colecistitis aguda complicada. Considerable cantidad de líquido libre perihepático. Derrame pleural bilateral.

Juicio clínico: Colecistitis aguda complicada. Insuficiencia renal crónica agudizada. Hiperpotasemia.

Diagnóstico diferencial: Colangitis Aguda. Perforación vesícula biliar. Absceso vía biliar. Fístula vía biliar. Obstrucción intestinal.

Comentario final: La colecistitis es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias y como médicos de Atención Primaria, tenemos que estar preparados y formados en la misma. En la colecistitis los síntomas más frecuentes incluyen dolor y resistencia en hipocondrio derecho, Murphy positivo, náuseas y vómitos. En el caso de la colecistitis aguda complicada, se añaden fiebre alta, sensación distérmica e inestabilidad hemodinámica. En el diagnóstico, es importante realizar una anamnesis y exploración física detallada. No hay pruebas de laboratorio específicas para colecistitis aunque una biometría hemática y la Proteína C Reactiva son de mucha

utilidad. El ultrasonido abdominal es positivo en el 98% (sensibilidad) de los casos de colecistitis, por lo que es la prueba no invasiva de primera elección. Los hallazgos más característicos son: engrosamiento de la pared vesicular mayor de 5 mm. Líquido perivesicular. Signo de Murphy ultrasonográfico positivo. En el caso de que el diagnóstico sea dudoso, están indicadas otras pruebas de imagen como la Gammagrafía biliar o el TAC abdominal. Además de las medidas generales (dieta absoluta, sueroterapia, analgesia y protección gástrica), en la colecistitis aguda complicada, se debe instaurar tratamiento antibiótico que cubra los gram negativos y anaerobios, incluyendo *Bacteroides Fragilis*, especialmente si el riesgo de Bacterobilia es alto o se sospecha una complicación infecciosa. De primera elección ertapenem o piperacilina tazobactam. No se puede olvidar que la base del tratamiento sigue siendo quirúrgica. El momento cronológico en que debe realizarse ha sido un tema de discusión, pues depende de la gravedad clínica del cuadro, el riesgo quirúrgico y la seguridad del diagnóstico.

Bibliografía

-Rebibo L, Sabbagh C, Mauvaias F, Regimbeau JM. Tratamiento quirúrgico de la colangitis aguda litiásica. EMC-Técnicas quirúrgicas-Aparato Digestivo. 2016; 32(2):1-18.