



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/1502 - Otro cólico más

J. Prieto Nave^a, J.I. García García^b, M. Camarasa Vidal^c, E.C. Castillo Espinoza^d, H. Rodríguez^e, Á.H. Góngora Tirado^f, M.J. Díaz Mora^g, J.C. Gómez Adrián^h, Z.M. Correcher Salvador^e y M. Ferrer Esteveⁱ

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Almassora. Castellón de la Plana. ^bMédico de Familia. Centro de Almassora. Castellón. ^cMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Barranquet. Hospital General de Castellón. Castellón. ^dMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^fMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón. ^gMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ^hMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Puerto de Sagunto II. Hospital de Sagunto. Valencia. ⁱMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Almassora. Hospital General de Castellón. Castellón.

Resumen

Descripción del caso: Hombre de 45 años con antecedentes de cólicos renales, que no precisa de tratamiento médico actualmente. Acude a consulta de su médico de cabecera por cuadro de dolor abdominal cólico, en flanco abdominal derecho y que irradia a fosa renal derecha. No fiebre o síndrome miccional. No cortejo vegetativo acompañante. Se realiza tira reactiva de orina con positividad para hematíes entre 5-10/c. Se administra analgesia intramuscular in situ con mejoría de la clínica y se pauta tratamiento analgésico para domicilio. A los 3 días acude nuevamente a consulta con persistencia del dolor focalizado en epigastrio e irradiado a hipocondrio derecho y flanco abdominal derecho. Con sensación nauseosa y fiebre de hasta 39,3 °C de unas 6 horas de evolución. Ante el cambio en la clínica se decide administrar medicación para el control de síntomas y ante la buena respuesta a la misma se acuerda con el paciente realizar analítica urgente y ecografía abdominal urgente con la intención de que durante la guardia en el centro de salud, que es realizada por el tutor y el residente que lo visitan en consulta, el paciente acuda para decidir, en función de los resultados, la actitud a tomar.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general, consciente y orientado. Normo- coloreado y normohidratado. TA 136/90 mmHg. FC 116 lpm. T^a 37,8 °C Sat O₂ 95%. ACP: Normal. ABD: globuloso, con leve defensa voluntaria. Doloroso a la palpación de hipocondrio derecho, flanco derecho y FID. PPL derecha positiva. Blumberg, Rovsing y Murphy negativos. Analítica incluyendo hemostasia, hemograma y bioquímica donde destaca: T. protrombina 13,6 seg. Quick 68%. Fibrinógeno 672,0 mg/dl. Leucocitos 11.180/uL. Neutrófilos 81,1%. Bilirrubina 1,50 mg/dl. GPT 53 UI/l. GGT 138 UI/l. LDH 676 UI/l. PCR 154,27 mg/l. Orina: bilirrubina > 8. Hematuria > 2. Sedimento: hematíes 5-10/c. Leucocitos 0-5/c. Ecografía abdominal: hígado esteatósico. Quiste hepático. Discreta dilatación de vía biliar intrahepática, colédoco mide 7,5 mm. Vesícula biliar repleccionada sin alteraciones en su pared ni litiasis en su interior. Ambos riñones normales. No

litiasis ni hidronefrosis. Bazo homogéneo de tamaño y morfología conservados. Ante los resultados de las analíticas y de la ecografía se contacta desde centro de salud con cirujano de guardia y se decide remitir al paciente para realización de TAC urgente. Que se informa como: Hallazgos compatibles con apendicitis aguda. Con apéndice de 15 mm con realce mucoso y afectación de grasa periapendicular. De localización retrocecal con recorrido ascendente.

Juicio clínico: Cólico biliar complicado.

Diagnóstico diferencial: Colangitis. Colecistitis. Dolor abdominal agudo. Perforación. Pancreatitis. Apendicitis. Pielonefritis derecha. Dolor de causa hepática (hepatitis, tumor, quiste hidatídico).

Comentario final: Debido a la variabilidad y solapamiento de los cuadros, puede resultar difícil diferenciar el cólico, la colangitis y colecistitis. Entre los otros diagnósticos diferenciales de la enfermedad biliar cabe descartar, el cólico renal o la apendicitis. El tratamiento del cólico biliar simple tiene como objetivos el alivio sintomático y la corrección de una posible alteración hidroelectrolítica como consecuencia de los vómitos. Si hay buena respuesta, el paciente será dado de alta y remitido a consulta con la recomendación de realizar estudio ecográfico. En la colecistitis aguda son aplicables las mismas medidas. Además se recomienda antibioterapia intravenosa. La colecistectomía inmediata se reserva para los casos complicados con gangrena o perforación, así como en la colecistitis alitiásica y enfisematosa por el mayor riesgo de dichas complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Melgarejo F, Morales ML. Urgencias Médicas Digestivas. www.medynet.com.
2. Montoro M. Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. Edika Med, 1997.
3. Rosen. Medicina de Urgencias. Conceptos y práctica clínica. 5ª edición, 2003. Elsevier España S.A.