



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

160/511 - MASA EN HIPOCONDRIO DERECHO

E. Cardona García^a, E. Tidrenczel^b, M. Oropesa Pereda^c, R F. Santillán Saco^d, G E. Peraza Alfonso^d, L.A. Díaz Caldevilla^b, M.Á. Moreno Vaillo^e y J.C. Medina Alvarez^f

^aMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Torrevieja. Alicante. ^bMédico Residente de 3^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. ^cMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital de Torrevieja. Alicante. ^dMédico Servicio de Urgencias. Hospital de Torrevieja. Alicante. ^eMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Miguel de Salinas. Torrevieja. ^fJefe Servicio de Urgencias. Hospital de Torrevieja. Alicante.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 72 años, antecedentes cirrosis hepática VHC más de 30 años, cavernomatosis portal, varices esofágicas. Alzheimer. Diabetes mellitus. Hipotiroidismo. Colelitiasis. Ingresada en junio 2014 por colangitis, coledocolitiasis con colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con esfinterotomía. Reingreso diciembre 2014 con nueva CPRE con colocación de guía de flexima biliar.

Tratamiento habitual: propranolol, levotiroxina, ranitidina, espironolactona, metformina. Acude a urgencias del centro de salud por mal estar general, fiebre y dolor abdominal en hipocondrio derecho. Se deriva al servicio de urgencias del hospital ante situación clínica y exploración física.

Exploración y pruebas complementarias: Temperatura 37 °C, Tensión arterial 110/70, Frecuencia cardíaca 90. Consciente. Palidez mucocutánea. No ingurgitación yugular. Auscultación cardíaca-pulmonar: sin alteraciones. Abdomen: blando, depresible, tumoración eritematosa en hipocondrio derecho de aproximadamente 6 × 10 cm, dolorosa a palpación, consistencia dura. Pruebas complementarias: Analítica: hemoglobina 9,8 g/dl, plaquetas 112.000, leucocitos 8.440 (77,5% neutrófilos). Glucosa 153 mg/dl. Bilirrubina total 2,4, sodio 129 MEq/l. PCR 11,9. INR 1,7. Se solicitó ecografía y ante hallazgo se confirmó con la realización de TC: hallazgos sugestivos de perforación de vesícula biliar (sin delimitarse esta) con gran absceso secundario que se introduce en tejido celular subcutáneo alcanzado casi el plano cutáneo.

Juicio clínico: Perforación vesícula biliar.

Diagnóstico diferencial: El diagnóstico diferencial de una masa a nivel de hipocondrio derecho debe incluir la posibilidad: 1. Lesiones no tumorales (infecciones de la vía biliar constituyen la etiología más frecuente, ocurriendo la mayoría de los casos en pacientes de edad avanzada con una enfermedad subyacente del tracto biliar, especial importancia el absceso piogénico. Otros hematoma, trombosis portal o aneurisma de la arteria hepática). 2. Lesión tumoral primaria benigna (los hemangiomas constituyen la lesión hepática focal benigna más frecuente). 3. Lesión tumoral maligna (más frecuente hepatocarcinoma). 4. Tumores metastásicos. 5. Linfomas. 6. Lesiones

pseudotumorales (hiperplasia nodular regenerativa).

Comentario final: La perforación de la vesícula biliar es un hallazgo infrecuente (3-10%). La causa inicial suele ser la obstrucción del cístico por litiasis. Es más frecuente en varones, hispanos y mayores de 60 años. Factores predisponentes: inmunosupresión, diabetes, enfermedades arterioescleróticas. La técnica con mayor sensibilidad para diagnosticar la perforación vesicular es la tomografía (89%). La importancia del diagnóstico precoz es la alta morbi-mortalidad: 57,7%-9,5% respectivamente. La causa más asociada es la sepsis severa preoperatoria. Destacar que en nuestro caso la presentación clínica con la tumoración cutánea es un hallazgo muy raro de presentación, ante los antecedentes de la paciente se llegó a un diagnóstico precoz y tratamiento exitoso. Reseñar la gran importancia de una historia clínica y exploración completa para la sospecha diagnóstica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ponten JB, Selten J, et al. Perforation of the gallbladder: a rare cause of acute abdominal pain. J Surg Case Rep. 2015;2015(2).
2. Ergul E, Gozetlik EO. Perforation of gallbladder. Bratisl Lek Listy 2008;109(5):210-4.
3. Ausania F, Guzman Suarez S, et al. Gallbladder perforation: morbidity, mortality and preoperative risk prediction. Surg. Endoscop. 2015;29(4):955-60.
4. Cuadrado A, Crespo J, Cabriada J, Pons-Romero F. Fiebre, dolor en hipocondrio derecho y masa hepática con calcificación central. Rev Esp Enferm Dig. 2004;96(5).