



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/911 - Cólico biliar atípico

D.M. Robaina Cabrera^a, B. Martínez Sanza^a, A. García-Lago Sierra^b, N. Guelai^c, C. Fernández Galache^d, E. López Uzquiza^e, I. Galán López^f, I. Abascal Sañudo^a, O. Casanueva Soler^d y Á.L. Díaz Alvarado^b

^aMédico Residente. Centro de Salud Dobra. Cantabria. ^bMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Los Corrales de Buelna. Cantabria. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Besaya. Cantabria. ^dMédico de Familia. Servicio de Urgencias. Hospital Sierrallana. Cantabria. ^eMédico Adjunta Radiodiagnóstico. Hospital del Oriente de Asturias. Arriondas. ^fMédico Residente. Centro de Salud Saja. Cantabria. ^gMédico Residente. Centro de Salud Zapatón. Torrelavega.

Resumen

Descripción del caso: Varón 74 años. AP: HTA, DM2, dislipemia, obesidad (IMC: 37), claudicación intermitente en seguimiento por cirugía vascular, no limita su actividad diaria y rechaza operarse, cólicos biliares de repetición. IQ: apendicectomía y fractura de tobillo izquierdo. Tratamiento indócil: Metformina, atorvastatina, enalapril, analgesia a demanda. Acude a centro de salud por 8-10 días con dolor en flanco derecho similar a episodios previos de cólicos biliares, calman con paracetamol e ibuprofeno, no terminan de remitir. Ante los hallazgos se remite a Urgencias.

Exploración y pruebas complementarias: MAP. A destacar TA: 183/91 FC: 105 T^a: 36,9 °C. Palidez mucocutánea, AC: Rítmica soplo sistólico aórtico, Abdomen: molestias a la palpación profunda en FID, se palpa una masa, Blumberg negativo, trastornos tróficos en extremidades inferiores. ECG: Q negativa en II-III. Urgencias. Analítica: leucocitosis, 17% cayados. ECO-TAC abdominal: Colección de gas extraluminal en ciego e inmediatamente por debajo colección líquida de unos 5 × 4 cm sugestivo de perforación.

Juicio clínico: Perforación contenida.

Diagnóstico diferencial: Cólico biliar, apendicitis, diverticulitis, estreñimiento, obstrucción, SCA.

Comentario final: La perforación intestinal es un abdomen quirúrgico, suele aparece con una clínica florida, con dolor e inestabilidad hemodinámica. Pero hay situaciones en las que puede ser larvada, como en este caso. Suelen ser pacientes muy vasculares y en esta localización, donde la vascularización es muy distal y pobre, dando lugar a pequeñas áreas de necrosis por hipoperfusión y formando pequeñas perforaciones que se contienen por las estructuras vecinas y del propio contenido. Dando la cara solamente con molestias abdominales hasta que por fin de una clara sintomatología de perforación o sepsis.

Bibliografía

1. Nassour I, Fang SH. Gastrointestinal perforation. JAMA Surg. 2015;150:177.
2. West AB, NDSG. The pathology of diverticulitis. J Clin Gastroenterol. 2008;42:1137.

3. Cahalane MJ. Overview of gastrointestinal tract perforation. Uptodate, 2016.

Palabras clave: *Cólico biliar. Perforación contenida.*