



Medicina de Familia. SEMERGEN



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

212/1835 - DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE UN DOLOR ABDOMINAL

M.L. García Estrada^a, G. García Estrada^b, M. Cordero Cervantes^c, E.M. Cano Cabo^a, R. Abad Rodríguez^d, M. Maceira Failache^e, E. Berdún González^f, R. Pérez Caserío^f, R. Sánchez Rodríguez^g y C. Corugedo Ovies^a

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria; ^dMédico de Familia. Centro de Salud Siero-Sariego. Oviedo. ^bMédico de Familia. Urgencias Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. ^cMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ventanielles. Oviedo. ^eMédico de Familia. Santa Eulalia de Oscos. Asturias. ^fMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Cristo. Oviedo.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 83 años, independiente para la vida diaria, no alergias medicamentosas conocidas. Antecedentes personales: hipertensión, prótesis cadera derecha, adenocarcinoma de próstata. Acude a consulta por dolor abdominal a modo de pinchazo intermitente, irradiado a hipocondrio derecho de dos días de evolución en vacío derecho asociado a fiebre (38 °C). No síntomas urinarios, no alteraciones del ritmo intestinal.

Exploración y pruebas complementarias: Consciente, orientado, colaborador. PA 119/65 mmHg. T^a 37,3 °C. Normohidratado. Normoperfundido. Auscultación cardio-pulmonar normal. Abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hemiabdomen derecho con Murphy positivo. Peristaltismo normal. Resto normal. Realizamos ecografía abdominal en nuestro centro de salud y se objetiva una vesícula biliar distendida, con litiasis y engrosamiento de pared. Por lo que se deriva al hospital de referencia por probable colecistitis. Hemograma y bioquímica: 17.600 leucocitos (86,7%); PCR 2,3 mg/dl; bilirrubina total 2,7 mg/dl; bilirrubina directa 0,8 mg/dl. TAC abdominal: colelitiasis, engrosamiento asimétrico con solución de continuidad de la pared vesicular en contacto con el parénquima hepático sugestivo de colecistitis gangrenosa. No se observan colecciones perivesiculares. Mínima cantidad de líquido subhepático.

Juicio clínico: Colecistitis gangrenosa.

Diagnóstico diferencial: Colecistitis. Apendicitis. Colangitis.

Comentario final: La colecistitis aguda se identifica con una clínica de dolor severo en hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis acompañante. Así como signo de Murphy positivo. La complicación más frecuente de este cuadro es la colecistitis gangrenosa (63%), particularmente relevante en individuos ancianos, diabéticos y en aquellos con retraso de inicio del tratamiento. La colecistitis gangrenosa se produce debido a un fenómeno de isquemia y posterior necrosis de la pared vesicular secundario a un aumento de la presión intraluminal. La radiografía no muestra mucha utilidad en el diagnóstico pero sí en el estudio de exclusión. La ecografía que se puede hacer en AP puede ser determinante, en caso de duda, al observar una irregularidad marcada o engrosamiento asimétrico de la pared vesicular y membranas intraluminales. En TC se evidencia asimismo irregularidad de la

pared, membranas intraluminales o abscesos. El tratamiento incluye sueroterapia, analgesia, tratamiento antibiótico y cirugía urgente en caso de colecistitis complicada.

Bibliografía

1. Lyon C, Clark DC. Diagnosis of acute pain in older patients. *Am Fam Physician*. 2007;74:1537-44.
2. Huffman JL, et al. Acute acalculous cholecystitis: *Hepatol*. 2010;8:15-22.

Palabras clave: *Colecistitis. Dolor abdomen. Gangrenosa. Fiebre.*