



212/3716 - Otras causas de colecistitis

T. Crespo Reyes^a, A. Calabria Rubio^b y J.L. Ávila Guerrero^c

^aHospital Santa Bárbara. Puertollano. ^bMédico Residente Medicina Interna. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Poniente. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Varón de 83 años con antecedentes personales de HTA, DM insulino dependiente con mal control, dislipemia, FA crónica anticoagulada, EPOC, ulcus gástrico, ictus isquémico con hemiplejía derecha residual, neoplasia vesical en tratamiento con mitomicina y RTU. Acude por presentar cuadro de malestar general con dolor abdominal generalizado y náuseas sin vómitos de 24 horas de evolución. Subjetivamente pálido y con tinte icterico.

Exploración y pruebas complementarias: Aceptable estado general. Consciente, orientado y colaborador. Bien hidratado y perfundido. Eupneico. Afebril. Hemodinámicamente estable. Ictericia corneal. ACR normal. Abdomen blando, depresible, dolor a la palpación en epigastrio e hipocondrio derecho, sin masas ni megalias ni signos de irritación peritoneal. Ruidos hidroaéreos conservados. Miembros inferiores sin edemas ni signos de TVP. Rx simple abdomen con dilatación gástrica sin signos de obstrucción. Ecografía abdominal: hígado con vesícula biliar muy distendida sin litiasis en su interior. Vía biliar intrahepática y vena porta de calibre normal. Murphy ecográfico positivo. No se visualiza páncreas. Analítica: leucocitosis con neutrofilia (neutrófilos absolutos 18.500), glucosa 273 mg/dl, bilirrubina total 1,4 (D 1, I 0,4), PCR 94, resto normal. TAC abdominal: vesícula marcadamente distendida sin evidencia de litiasis u otras alteraciones. El paciente ingresa en Aparato Digestivo, precisando colecistectomía y antibioterapia empírica al no objetivarse mejoría clínica con tratamiento conservador.

Juicio clínico: Colecistitis alitiásica.

Diagnóstico diferencial: Colelitiasis. Colecistitis. Pancreatitis. Ulcus péptico.

Comentario final: Aunque la mayoría de las colecistitis son por causa litiásica, un 10% son en contexto de pacientes críticos, grandes quemados, cirugía abdominal reciente o por lesión isquémica aguda en paciente diabéticos o por vasculitis.

Bibliografía

1. Dolor abdominal agudo. En: Rodríguez García JL, coord. Green Book diagnóstico, tratamiento médico. Madrid: Marbán; 2013:772-93.

Palabras clave: Dolor hipocondrio derecho.