



216/104 - EL CÁLCULO BILIAR, UN ENEMIGO SILENCIOSO

J.M. Romero Bonilla^a, M. Saiz González^b, M.P. Carlos González^c, J.L. Cepeda Blanco^d, A.M. González Pedraja^e y M. Labrador Hernández^f

^aMédico Residente de 4^o año de Medicina Familiar y Comunitaria; ^bMédico de Familia. CS Dávila. Santander.

^cMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Cazoña. Santander. ^dMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Camargo Costa. Santander. ^eMédico de Familia. Servicio Cántabro de Salud. Santander. ^fMédico Residente de 2^o año de Medicina Familiar y Comunitaria. CS Alisal. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 64 años que acudió a consulta de atención primaria por cuadro de dos días de dolor abdominal difuso, leve, mal localizado. Sin vómito ni fiebre. Sin alteración del hábito intestinal ni otros síntomas asociados, salvo que refirió sentirse un poco más nerviosa. Como únicos antecedentes hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina 25 µg/día y una apendicetomía a los 30 años. La exploración inicial fue normal, por lo que se decidió citar para evaluar nuevamente en 24 horas informando sobre signos de alarma. La paciente decidió tomar por su cuenta ansiolíticos con lo cual presentó mejoría de los síntomas y acudió nuevamente a la consulta más tranquila.

Exploración y pruebas complementarias: En la segunda exploración física se encontró a una paciente tranquila, en buen estado general, con constantes vitales normales. A la palpación abdominal, gran masa a nivel de hipocondrio derecho de consistencia blanda con leve molestia a la movilización, pero sin signos de irritación peritoneal. Murphy negativo. Resto de exploración sin alteraciones. Ante los cambios del examen físico se decidió derivar al servicio de urgencias para completar estudio. Realizaron analítica con los siguientes hallazgos: leuc. 16.500, neu. 89% y cay. 5%. Bilirrubina total 1,3, AST 48, ALT 101, gamma-GT 197 y FA 133. Ecografía: vesícula sobre distendida con microlitiasis y barro en su interior. Paredes vesiculares engrosadas con pequeña colección. Líquido libre en espacio de Morrison. Cambios compatibles con colecistitis aguda, por lo cual realizaron colecistectomía laparoscópica, encontrando vesícula muy distendida, emplastronada con adherencias peri vesiculares y absceso de pared vesicular.

Juicio clínico: Colecistitis aguda gangrenosa sobre colecistitis crónica. Colelitiasis.

Diagnóstico diferencial: Plastrón vesicular. Vesícula tumoral. Cáncer de cabeza de páncreas. Obstrucción mecánica del cístico.

Comentario final: La vesícula biliar normal no se palpa en un examen abdominal. El signo de Courvoisier-Terrier es el hallazgo en el examen físico de la vesícula biliar palpable, no dolorosa. Debido a la distensión de sus paredes por un aumento de la presión de los conductos. La cronicidad de la obstrucción y la rapidez de la elevación de las presiones intraductales, son la clave para la

explicación de los hallazgos clínicos y analíticos. Es de resaltar por lo tanto en este caso, la importancia de un examen físico minucioso, asociado a las imágenes observadas por ultrasonido, como la ayuda más importante de que dispone un clínico para llegar a un diagnóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fitzgerald J White M. Courvoisier's Gallbladder: Law or sing. *World J Surg.* 2009;33:886-91.
2. García J, Jimeno C. Distensión de la vesicular biliar por obstrucción tumoral coledociana. *Rev Esp Enferm Dig.* 2007;99:469-70.
3. Villalobos P. Colecistitis aguda. En: *Introducción a la gastroenterología*, 3ª ed. México: Méndez editores; 2001.
4. Ralls PW, Colleti PM, Lapin SA, et al. Real-Time sonography in suspected acute cholecystitis. Prospective evaluation of primary and secondary signs. *Radiology.* 1985;155:767-71.