

Caso clínico

Seguimiento en atención primaria de un cólico biliar litiasico en una paciente con alto riesgo quirúrgico

Raúl Sánchez González, Aitana Robledo Sánchez-Guerrero, Mártires Aroca Caballero, Mercedes Figueroa Martín-Buitrago, Carmen Ortega González, Rocío Álvarez Nido

Centro de Salud San Blas. Parla (Madrid)

Mujer de 89 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, deterioro cognitivo leve y enfermedad de Parkinson.

Ha requerido ingreso hospitalario por un cuadro de cólico biliar litiasico un mes antes de acudir a consulta. Durante el mismo, se procuró control sintomático y estabilización clínica y se procedió al alta con la indicación de tratamiento conservador debido al elevado riesgo quirúrgico de la paciente.

Desde el alta ha presentado varios episodios de dolor abdominal compatibles con cólicos biliares. En ningún momento ha tenido fiebre, coluria o ictericia.

Durante la exploración física no se observan datos de interés, salvo en el abdomen, donde se palpa una masa dolorosa en el hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo.



Figura 1.

Coincidiendo con los episodios dolorosos, se han realizado varios controles ecográficos en la consulta de atención primaria. En dichas exploraciones se aprecia un parénquima hepático de tamaño y morfología normales; la vesícula biliar aparece dilatada, con paredes engrosa-

das (de aproximadamente 8 mm) y con aspecto de triple pared con una capa hipoeoica central; en su interior se identifican imágenes hiperecoicas con sombra acústica posterior, compatibles con litiasis (figuras 1 y 2); hay signo de Murphy ecográfico; el resto de la exploración no ofrece alteraciones reseñables: páncreas, bazo y ambos riñones son ecográficamente normales.



Figura 2.

Ante estos hallazgos ecográficos, compatibles con colecistitis aguda litiasica, y el mal control sintomático de la paciente (dolor, náuseas, anorexia, malestar general), se decide su remisión al Servicio de Cirugía del hospital de referencia.

Durante el ingreso se procedió a una nueva reevaluación. Finalmente se realiza una colecistectomía laparoscópica. En el estudio anatomopatológico se describe la pieza quirúrgica como colecistitis aguda abscesificada con colelitiasis.

Tras la intervención quirúrgica, la paciente ha evolucionado favorablemente y permanece asintomática en la actualidad.

CONCLUSIONES

La colelitiasis es la presencia de cálculos en el interior de la vesícula biliar y constituye la patología más frecuente en dicho órgano; se estima que su prevalencia en el mundo occidental se encuentra en el 5-15 %¹.

La mayoría de los pacientes permanece asintomática; la presentación clínica más habitual es en forma de cólico biliar que, cuando se acompaña de inflamación de la pared vesicular, se denomina colecistitis aguda².

Su mortalidad global está en torno al 10 %; es mayor en las formas alitiasicas, en pacientes con una edad igual o superior a los 75 años y en presencia de ciertas comor-

bilidades (diabetes, inmunosupresión...)³.

La ecografía es la prueba de elección para la confirmación de cálculos biliares y colecistitis aguda en la mayoría de los casos. Su sensibilidad y especificidad son del 88 % y 80 %, respectivamente, a pesar de que es una técnica operador-dependiente; tiene un valor predictivo positivo de 92 %. Los signos ecográficos que apoyan el diagnóstico son: signo de Murphy ecográfico positivo (dolor con el transductor colocado), engrosamiento de la pared vesicular por encima de 4 mm (en ausencia de hepatopatía crónica, ascitis o insuficiencia cardiaca derecha), aumento del diámetro vesicular por encima de 8 cm, demostración de litiasis biliar, colecciones líquidas pericolecísticas, presencia de barro biliar y tr laminación de la pared vesicular o banda intermedia continua y focal hiperecoica³.

La colecistectomía laparoscópica en los primeros 7 días desde la aparición de los síntomas es el tratamiento de elección en la colecistitis aguda en los pacientes habituales⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tejedor M, Albillos A. *Enfermedad litiasica biliar. Medicine. 2012;11:481-8*
2. Jerusalén C, Simón MA. *Cálculos biliares y sus complicaciones. Disponible en: http://www.aegastro.es/sites/default/files/archivos/ayudas-practicas/45_Calculos_biliares_y_sus_complicaciones.pdf*
3. Kimura Y, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Hirata K, Sekimoto M, et al. *Definitions, pathophysiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis: Tokyo Guidelines. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2007;14:15-26.*
4. Gurusamy K, Samraj K, Gluud C, Wilson E, Davidson BR. *Meta-analysis of randomized controlled trials on the safety and effectiveness of early versus delayed laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis. Br J Surg. 2010;97:141-50.*