

Caso clínico

Picos febriles tras la ingesta

¹María Belén López Sabater, ¹Almudena Garrido Vicente,
²Ana Muñoz Cildo, ³María Jesús Gallego Uriel

¹Centro de Salud de Meco (Madrid).- ²Centro de Salud Fronteras. Torrejón de Ardoz (Madrid).- ³Centro de Salud Puerta de Madrid. Alcalá de Henares (Madrid)

Varón de 69 años de edad, sin hábitos tóxicos, con antecedentes de polipectomía endoscópica de colon (pólipos benignos). La última revisión con colonoscopia se le realizó hace año y medio; no hubo hallazgos patológicos. Un hermano con cáncer de colon fue diagnosticado a los 55 años.

Acude a consulta refiriendo picos febriles de 38,5-39 °C tras la ingesta en las últimas 48 horas. Una semana antes había acudido a Urgencias por abdominalgia con náuseas y sin fiebre. En la última semana manifiesta cierta molestia, distensión abdominal y aerofagia; hábito estreñido con deposiciones normales. Ha mantenido buena tolerancia oral. No ha tomado analgésicos.

La exploración física pone en evidencia un buen aspecto general, está normocoloreado y afebril (36,2 °C). En la exploración abdominal no presenta dolor con la palpación; signo de Murphy negativo; no presenta otros hallazgos de interés.

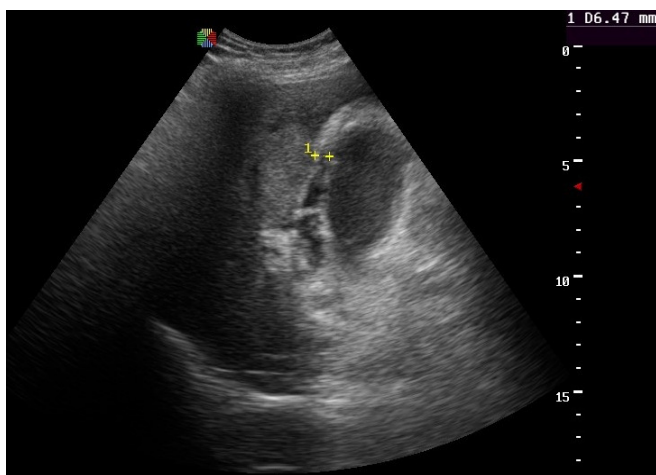


Figura 1.

Se efectúa exploración ecográfica abdominal. En ella observamos una vesícula distendida con material ecogénico en su interior, sin sombra acústica posterior en la porción más declive y con un nivel horizontal compatible

con barro biliar; llama la atención la pared vesicular, que está muy engrosada y edematosa (figuras 1, 2, 3 y 4); no hay signo de Murphy ecográfico.



Figura 2.

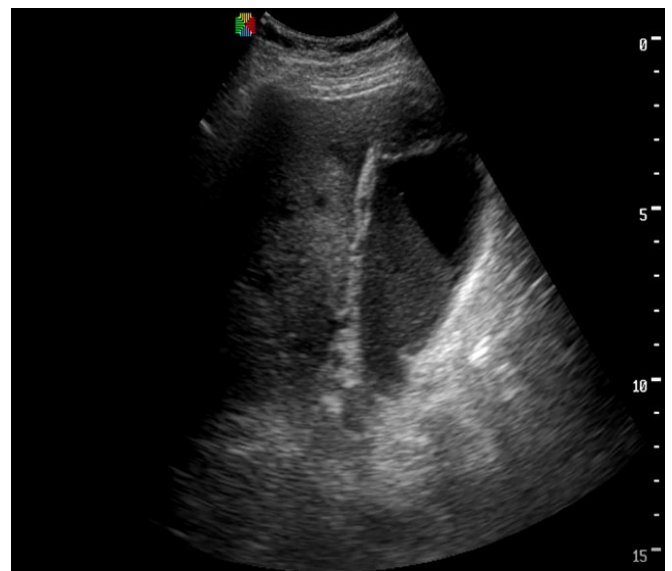


Figura 3.

Con el diagnóstico de colecistitis aguda, se remite al paciente al Servicio de Urgencias del hospital, donde confirman los hallazgos. Se mantiene afebril.

En la analítica destacan 13.400 leucocitos, 11.160 neutrófilos, bilirrubina total 1,61, proteína C reactiva 308.

Ingresa y se pautan medidas de soporte y antibiotera-

pia endovenosa.

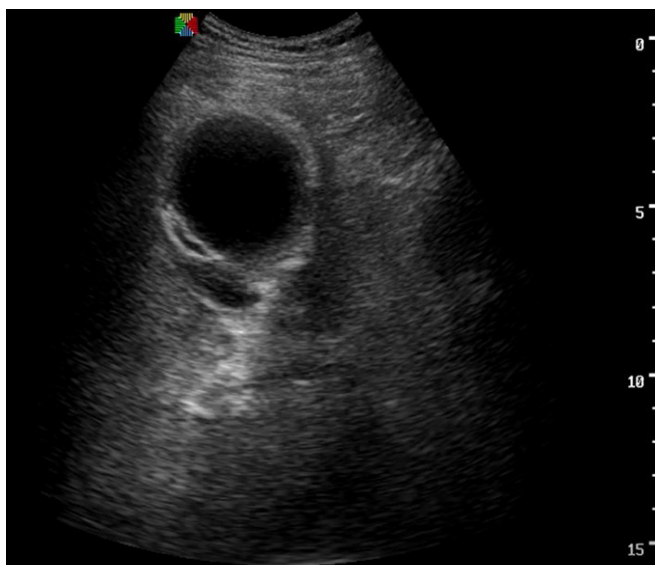


Figura 4.

La evolución durante el ingreso fue favorable y es dado de alta al cabo de 5 días. Diez semanas más tarde se realiza cirugía programada (colecistectomía) por presencia de plastrón inflamatorio importante.

Al cabo de 5 meses tras la intervención quirúrgica, en la RM aún presenta una colección inflamatoria o infecciosa en el lecho de la colecistectomía, con ectasia de la vía biliar intra y extrahepática e imagen hiperecoica con sombra acústica posterior en el interior del colédoco, de 6 mm, correspondiente a litiasis.

Durante su evolución ha permanecido asintomático. Continúa en seguimiento, pendiente de nuevo planteamiento terapéutico.

COMENTARIO

A menudo la colecistitis aguda se inicia como un dolor cólico en el hipocondrio derecho o el epigastrio, que empeora de forma progresiva y típicamente se irradia a la espalda. El 60-70 % de los pacientes refieren haber padecido episodios similares que se resolvieron de forma espontánea o con analgésicos. La triada clásica de dolor en el hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis es muy sugerente, pero puede no estar presente, sobre todo en ancianos y diabéticos, por lo que hay que sospecharla siempre.

La palpación en el hipocondrio derecho durante la inspiración profunda puede producir dolor y paro inspiratorio (signo de Murphy).

La sospecha de colecistitis aguda suele basarse en la anamnesis y la exploración física, pero debe confirmarse con estudios complementarios de laboratorio y pruebas de imagen. Puede haber leucocitosis, aumento de la bilirrubina, fosfatasa alcalina sérica y aumento de Proteína C reactiva.

La ecografía abdominal es el método más práctico y preciso, con una sensibilidad y especificidad de 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 de colecistitis aguda son:

- Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar (más de 3 mm).
- Distensión de la luz de la vesícula (diámetro mayor de 4 cm).
- Cálculos, presentes en más de 90 % de los casos.
- Bilis ecogénica, sin sombra acústica posterior: en una colecistitis aguda se puede deber a barro biliar, pus, sangre, moco y fibrina y mucosa descamada.
- Cálculo impactado en el cístico o en el cuello de la vesícula.
- Cambio de la morfología: al dilatarse la vesícula, cambia su forma de pera a redondeada.
- Acúmulos de líquido alrededor de la vesícula.
- Presencia de gas dentro de la vesícula (vesícula enfimematosa), en los pocos casos de vesículas con infección producida por anaerobios.
- Signo de Murphy ecográfico positivo.
- Vesícula hiperémica en el estudio con doppler.

En este caso, en que los síntomas típicos de colecistitis aguda están ausentes (dolor en el hipocondrio derecho y signo de Murphy pueden estar ausentes en 25 % y 35 %, respectivamente), la ecografía abdominal es determinante en el abordaje adecuado del paciente, pues pone en evidencia una vesícula distendida con pared engrosada y presencia de barro biliar. El signo ecográfico de Murphy puede faltar en pacientes mayores, si están bajo analgesia o cuando una inflamación prolongada ha provocado una colecistitis gangrenosa. Ningún signo ecográfico es patognomónico, pero la valoración global del paciente ayuda a tomar la decisión más adecuada.

BIBLIOGRAFÍA

- Greenberger NJ, Paumgartner G. Enfermedades de la vesícula biliar y las vías biliares. En: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, et al (eds). Harrison: Principios de Medicina Interna. 17ª edición, vol II. México: McGraw-Hill 2009;1991-2001.
- Domínguez Muñoz E, Fernández Castroagudín J. Síndrome de inflamación visceral (I): colangitis, colecistitis y pancreatitis aguda. En: Montoro Huguet MA, (ed). Principios básicos de gastroenterología para médicos de familia. 2ª edición. Madrid: Jarpyo 2002;807-19.
- Khalili K, Wilson SR. Las vías biliares y la vesícula biliar. En: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JR (eds). Diagnóstico por ecografía. 3ª edición, vol 1. Barcelona: Mosby 2006;171-212.
- Jerusalén C, Simón MA. Cálculos biliares y sus complicaciones. En: Montoro Huguet MA (eds). Gastroenterología y hepatología. Problemas comunes en la práctica clínica. 2ª edición. Madrid: Jarpyo 2012;667-682.
- Segura Grau A, Joleini S, Díaz Rodríguez N, Segura Cabral JM. Ecografía de la vesícula y la vía biliar. Semergen. 2016;42:25-30. Disponible en: <http://bit.ly/2Fc8Fck>
- Costa Ribas C, Castiñeira Pérez C. Colecistitis aguda. Fistera.com. Disponible en: <https://www.fistera.com/bvscsm.a17.csinet.es/guias-clinicas/coleccistitis-aguda/>
- Nates Uribe N, Alcalde Odriozola E, Grau M, Pérez Bea M, Schuller Arteaga MA, Grande Icaran E. Diagnóstico ecográfico de colecistitis aguda. ¿Es tan fácil como parece? Sociedad

Española de Radiología Médica. 32 Congreso Nacional. Oviedo, 22 al 25 de Mayo 2014. Disponible en:

- <http://bit.ly/2sBZi3I>