

Colecistitis aguda alitiásica larvada

¹Gentile Lorente DI, ¹Santo Tomás F, ²Gentile Lorente J, ¹Uspí Saiz P, ¹Herrero Redondo M
¹Hospital Verge de la Cinta
²Área Básica de Salud Tortosa Oeste
 Tortosa (Tarragona)

Mujer de 74 años de edad, diabética e hipertensa, que consultó por vómitos y exacerbación de su depresión de base. Refería un cuadro de diarrea y fiebre en días previos que fueron tratadas con ciprofloxacino.

La paciente presentaba deterioro del estado general, estaba afebril y pálida. En el hipocondrio derecho se palpaba una masa dura indolora.

En la analítica destacaba la existencia de anemia, recuento leucocitario normal y elevación de transaminasas y bilirrubina.

Con la sospecha de neoformación hepática se realizó una tomografía computerizada abdominal (figura 1), que, sin embargo, objetivó la presencia de una vesícula biliar globulosa e intensamente distendida (6,5 x 6,5 x 10 cm), sin colelitiasis pero con hematoma y gas intraluminal (flecha) e importante inflamación perivesicular (punta de flecha), signos característicos de la colecistitis gangrenosa.

plastrón epiploico sobre el hematoma y el absceso perivesiculares. El estudio microbiológico de la pieza fue positivo para *Escherichia coli*.

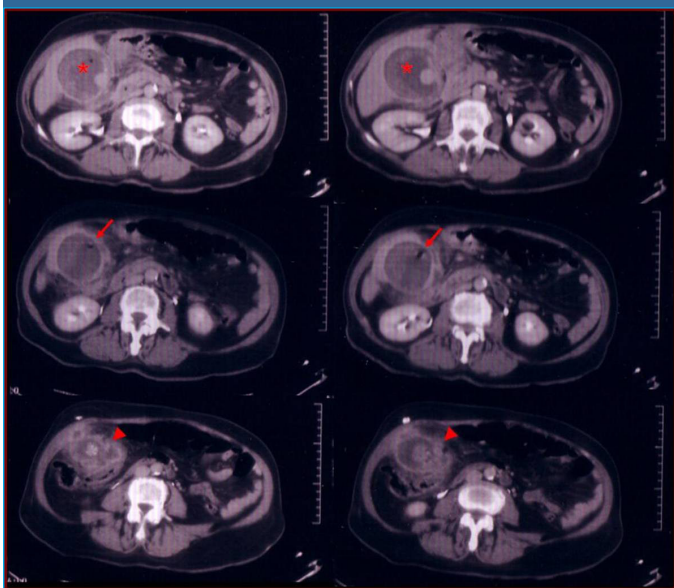
COMENTARIO

Las colecistitis agudas alitiásicas suponen 5-10% de las colecistitis agudas. Generalmente ocurren en pacientes graves ingresados en unidades de Críticos. Los ancianos, los diabéticos y los enfermos cardiovasculares presentan mayor susceptibilidad de padecerla.

En general, se presenta con semiología de colecistitis; si se complica con necrosis (gangrena) o más raramente con perforación, su morbi-mortalidad es elevada¹.

Para su diagnóstico resulta crucial la sospecha clínica^{2,3,4}, dado que su presentación puede ser insidiosa y larvada.

Figura 1. Imágenes de la tomografía computerizada abdominal donde se aprecia la gran distensión de la vesícula biliar (*), con hematoma y gas intraluminal (flecha) y reacción inflamatoria perivesicular (punta de flecha)



La paciente requirió cirugía y colecistectomía urgente. Se confirmó la existencia de una colecistitis gangrenosa perforada con presencia de un

BIBLIOGRAFÍA

1. Barie PS, Eachempati S. Acute acalculous cholecystitis. *Current Gastroenterology Reports* 2003;5:302-9.
2. Fidler J, Paulson EK, Layfield L. CT evaluation of acute cholecystitis: findings and usefulness in diagnosis. *AJR Am J Roentgenol* 1996;166:1085-8.
3. Mirvis SE, Vainright JR, Nelson AW, Johnston GS, Shorr R, Rodriguez A, et al. The diagnosis of acute acalculous cholecystitis: a comparison of sonography, scintigraphy, and CT. *AJR Am J Roentgenol* 1986;147:1171-5.
4. Bennett GL, Rusinek H, Lisi V, Israel GM, Krinsky GA, Slywotzky CM, Megibow A. CT findings in acute gangrenous cholecystitis. *AJR Am J Roentgenol* 2002;178:275-81.