



Clínica cotidiana

Colecistitis aguda con sorpresa

Gabriela Serra del Carpio*, María Luz Parra Gordo, Nerea Torena Lerchundi, José Martínez Checa Guiote, Ignacio de Garcillán de la Joya

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2023

Aceptado el 29 de febrero de 2024

On-line el 28 de marzo de 2024

Palabras clave:

Colecistitis

Aerobilia

Colecistitis gangrenosa

Keywords:

Cholecystitis

Aerobilia

Gangrenous cholecystitis

R E S U M E N

La colecistitis aguda gangrenosa es una complicación grave de la colecistitis aguda que aumenta la morbilidad y la mortalidad. Los factores asociados incluyen edad mayor a 45 años, sexo masculino, leucocitosis mayor a 13.000/ mm³ y hallazgos ecográficos compatibles.

Presentamos el caso de una mujer de 98 años de edad, con dolor de un día de evolución en el cuadrante superior derecho y signo de Murphy positivo. Los estudios de imagen sugieren colecistitis gangrenosa.

Debido a sus antecedentes, se le realizó una colecistostomía y la paciente evolucionó favorablemente.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Acute cholecystitis with surprise

A B S T R A C T

Acute gangrenous cholecystitis is a serious complication of acute cholecystitis that increases morbidity and mortality. Associated factors include age > 45 years old, male gender, white blood cells > 13.000/mm³, and compatible ultrasound findings.

We present the case of a 98-year-old woman with one day history of pain in the right upper quadrant and a positive Murphy's sign. The imaging studies suggesting gangrenous cholecystitis.

Due to her history, a cholecystostomy was performed and the patient evolved favourably.

© 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Published by Ergon Creación, S.A.

Mujer de 98 años de edad, que acude a su médico de atención primaria acompañada por sus familiares por un cuadro de dolor abdominal de un día de evolución, centrado en el hipocóndrio derecho, irradiado al epigastrio y la región retroster-

nal, asociado a náuseas y sin vómitos. No presenta alteración del ritmo intestinal; la última deposición ha sido en las 24 horas previas. Niega fiebre u otra sintomatología como disnea o diaforesis.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: gabriela.serra@salud.madrid.org (G. Serra del Carpio).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2024.011>

2254-5506 / © 2024 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

Como antecedentes personales, presenta hipotiroidismo, insuficiencia renal, dislipidemia e hipertensión arterial. Niega alergias medicamentosas. Está en tratamiento con levotiroxina tramadol, omeprazol, amlodipino, hidroclorotiazida, nebivolol, doxazosina, lisinopril y atorvastatina.

Durante la exploración física la presión arterial es 169/78 mmHg; frecuencia cardíaca 68 lat/min; saturación de oxígeno basal 95 % y con gafas nasales de 97 % con flujo de oxígeno de 3 L/min. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando, depresible, ruidos hidroaéreos positivos; leve dolor con la palpación en el hemiabdomen superior, sin signos de irritación peritoneal; Murphy positivo; no hay masas ni megalias.

La estrategia de actuación incluye la realización de analítica urgente: leucocitos $11,79 \times 10^3/\mu\text{l}$, neutrófilos 94,3 %, LDH 464 UI/L, GGT 311 UI/L, bilirrubina total 1,13 mg/dl, amilasa 52 UI/L y proteína C reactiva 58,1 mg/L.

En vista de los hallazgos clínicos y analíticos, se decide realizar una exploración ecográfica con la sospecha de colecistitis aguda.

En ella se identifica Murphy positivo, distensión de la vesícula biliar, engrosamiento y alteración de la ecoestructura mural e imágenes ecogénicas móviles, de localización antideclive, dentro de los conductos biliares y en la vesícula, compatibles con gas (figura 1).

Ante la sospecha de colecistitis aguda complicada, se remite a la paciente a Urgencias del hospital.

Se confirma el diagnóstico con tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso, que identifica la vesícula biliar con abundante contenido, engrosamiento mural y ausencia de realce de la mucosa, hallazgos compatibles con colecistitis aguda gangrenosa; hay estriación de la grasa y pequeña cuña de líquido adyacentes; no se observan colecciones; extensa aerobilia, que se puede deber a infección por microorganismos productores de gas, a fístula colecistoentérica o a la combinación de ellas; no se identifica plano graso de separación respecto a la primera porción duodenal, por lo que no se puede descartar fístula colecistoduodenal (figura 2).

La paciente es evaluada por los Servicios de Cirugía General y Radiología Intervencionista. Debido a la alta morbimortalidad asociada en esta paciente a la intervención quirúrgica, se decide abordaje con antibioterapia (meropenem + linezolid) y realización de una colecistostomía percutánea. Se obtiene contenido líquido biliar de aspecto hemorrágico y se deja drenaje colector a bolsa. Se realiza una colangiografía por el tubo de colecistostomía, con catéter de colecistostomía normoposicionado, sin identificar paso de contraste hacia la vía biliar ni hacia el duodeno, lo que permite descartar la existencia de una fístula (figura 3).

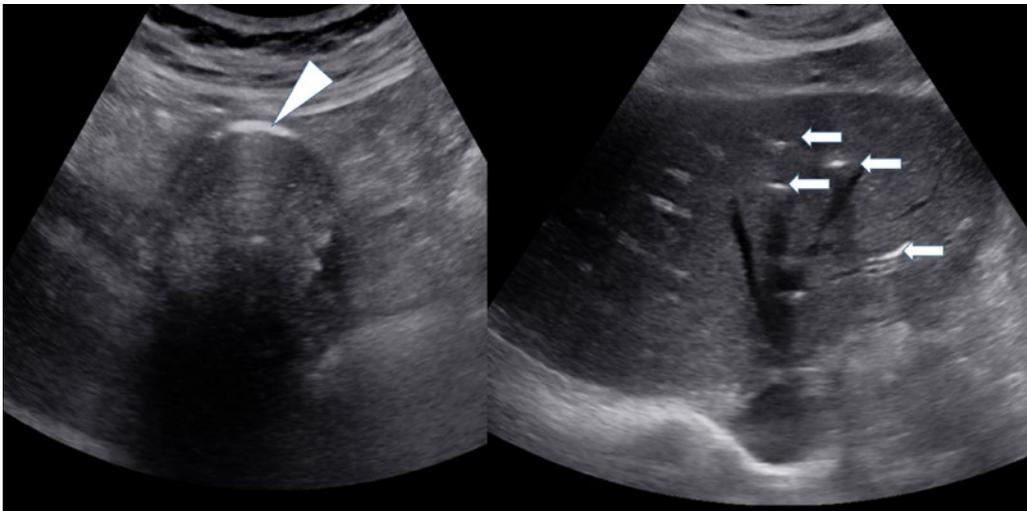


Figura 1 – Imágenes axiales de ecografía en el hipocondrio derecho: gas en la pared de la vesícula (cabeza de flecha) y aerobilia (flechas).

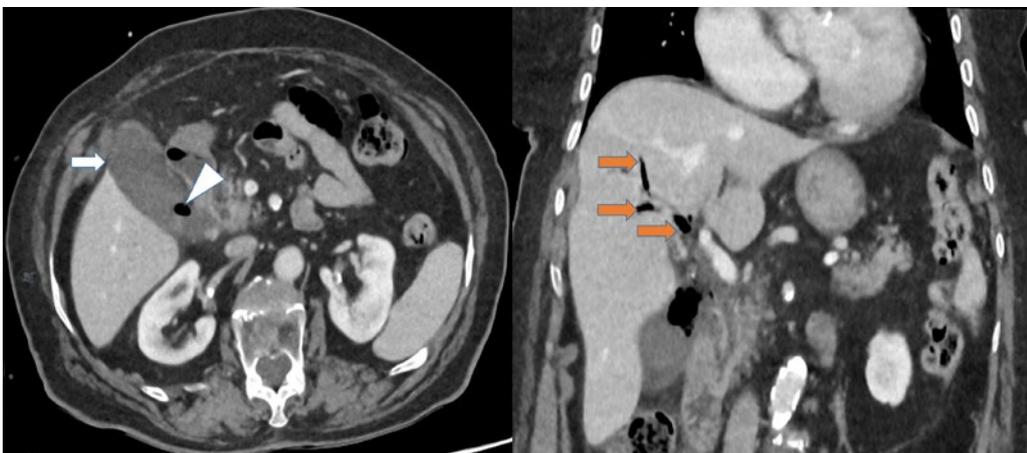


Figura 2 – TC abdominal con contraste: en el corte axial se aprecia ausencia de realce parietal (flecha blanca) y gas dentro de la vesícula (cabeza de flecha); en el corte coronal se identifica aerobilia (flechas naranjas).

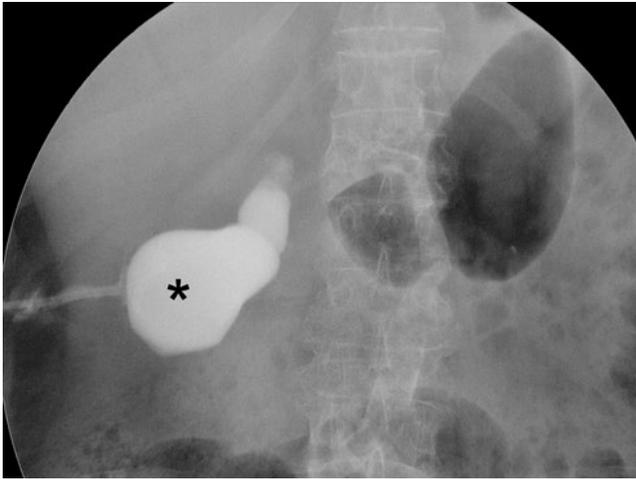


Figura 3 – Colangiografía por el tubo de colecistostomía: vesícula replecionada (asterisco), sin evidencia de fístula colecistoduodenal.

La paciente se mantiene sin dolor abdominal, afebril y con adecuada tolerancia oral. Ante la buena evolución analítica, es dada de alta. Está en seguimiento en la consulta de Cirugía General.

Comentario

La colecistitis gangrenosa (CG) se define como la necrosis y perforación de la pared de la vesícula biliar como resultado de la isquemia que sigue a una insuficiencia vascular progresiva¹. Su incidencia es de 10-40 % de todos los pacientes que presentan colecistitis aguda y está asociada con una alta morbilidad².

Factores como el sexo masculino, la edad avanzada, el retraso en la cirugía, la leucocitosis, las enfermedades cardiovasculares y la diabetes mellitus aumentan la probabilidad de desarrollar CG¹.

Los síntomas de la CG son casi los mismos que los de la colecistitis aguda. Incluyen dolor en el cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos y febrícula³. Contini *et al.*⁴ mostraron que el 67 % de los pacientes con CG tenían síntomas leves en la presentación inicial y luego desarrollaron presentaciones clínicas más graves.

Por otro lado, se describen casos, como el de nuestra paciente, que están asintomáticos o paucisintomáticos y son diagnosticados de GC. Este hallazgo es más común en pacientes de edad avanzada. Debido a su naturaleza asintomática, estos pacientes tienden a acudir más tarde al médico y tienen mayor riesgo de desarrollar complicaciones⁵.

La GC tiene una tasa de mortalidad de hasta el 22 % y una tasa de complicaciones del 16-25 %. La complicación más frecuente es la perforación, que ocurre en el 10 % de los casos, con formación de abscesos o peritonitis⁷.

La colecistectomía, abierta o laparoscópica, es el tratamiento de elección, aunque en pacientes con muy alto riesgo se puede plantear la colecistostomía percutánea asociada a abordaje antibiótico y control continuo⁶.

La presencia de más de uno de los siguientes hallazgos eco-gráficos sugiere una alta probabilidad de cambio gangrenoso en la colecistitis aguda: distensión de la vesícula (diámetro del eje corto ≥ 4 cm), membranas intraluminales, estriación mural y gas en la pared o la luz de la vesícula¹. Un estudio realizado en el 2002⁷ demostró que los hallazgos en la TC abdominal con mayor especificidad para la colecistitis gangrenosa fueron gas en la pared o luz (100 %), membranas intraluminales (99,5 %), pared irregular o ausente (97,6 %) y abscesos (96,6 %). Sin embargo, es importante tener en cuenta que ningún hallazgo de imagen único es específico de la GC¹.

Conclusiones

La colecistitis gangrenosa es una condición que se asocia a alta morbilidad. Clínicamente, es muy difícil de diferenciar de la colecistitis aguda no gangrenosa y constituye un reto diagnóstico, ya que el abordaje de estas dos entidades es muy diferente. Existen también casos de pacientes paucisintomáticos, especialmente en edad avanzada. Los hallazgos de imagen sugestivos de alteración gangrenosa en la colecistitis aguda incluyen distensión vesicular, engrosamiento e irregularidad de la pared, gas en la pared o luz vesicular, membranas intraluminales, líquido o absceso pericolecístico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Önder A, Kapan M, Ülger BV, Oguz A, Türkoglu A, Uslukaya Ö. Gangrenous cholecystitis: mortality and risk factors. *Int Surg*. 2015; 100(2): 254-60.
- Sureka B, Rastogi A, Mukund A, Thapar S, Bhadoria AS, Chat-topadhyay TK. Gangrenous cholecystitis: Analysis of imaging findings in histopathologically confirmed cases. *Indian J Radiol Imaging*. 2018; 28(1): 49-54.
- Katagiri H, Yoshinaga Y, Kanda Y, Mizokami K. Emphysematous cholecystitis successfully treated by laparoscopic surgery. *J Surg Case Rep*. 2014; 2014(4): rju027.
- Contini S, Corradi D, Busi N, Alessandri L, Pezzarossa A, Scarpignato C. Can gangrenous cholecystitis be prevented?: A plea against a “wait and see” attitude. *J Clin Gastroenterol*. 2004; 38(8): 710-6.
- Dhir T, Schiowitz R. Old man gallbladder syndrome: Gangrenous cholecystitis in the unsuspected patient population. *Int J Surg Case Rep*. 2015; 11: 46-9.
- Escobar F, Vega NV, Valbuena EI. Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos *Rev Colomb Cir*. 2015; 30: 106-11.
- Chaudhry S, Hussain R, Rajasundaram R, Corless D. Gangrenous cholecystitis in an asymptomatic patient found during an elective laparoscopic cholecystectomy: a case report. *J Med Case Rep*. 2011; 5(1): 199.
- Bennett GL, Rusinek H, Lisi V, Israel GM, Krinsky GA, Slywotzky CM, et al. CT findings in acute gangrenous cholecystitis. *Am J Roentgenol*. 2002; 178(2): 275-81.