

Colecistitis enfisematosa. Reporte de un caso

Tte. Cor. M.C. René Francisco **Candia-de la Rosa**,* M.C. Raúl **Candia-García**,**
M.C. Juan Miguel **Palacios-Solís*****

Hospital Regional de Puebla/Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes. Puebla, Pue.

RESUMEN

La colecistitis enfisematosa es una infección aguda de la vesícula biliar causada por organismos productores de gas. Descrita por Stoltz en 1901,^{1,2} se creía una enfermedad rara, sin embargo, con el resultado de técnicas mejoradas en imagenología, ahora se está describiendo un aumento de frecuencia. En contraste con la colecistitis aguda, la colecistitis enfisematosa ocurre más comúnmente en pacientes mayores y diabéticos, y se asocia con frecuencia a la perforación y a la muerte.³ Nosotros reportamos un caso de paciente masculino de 57 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2, quien presentó colecistitis aguda enfisematosa.

Palabras clave: colecistitis enfisematosa, colecistitis aguda, diabetes mellitus, colecistectomía abierta.

Introducción

El primer caso de colecistitis enfisematosa fue descrito por Stoltz en 1901,¹ el cual reportó gas en la vesícula biliar encontrado en el cuerpo de tres cadáveres, y fue descrito radiográficamente por primera vez en 1931 por Hegner.^{3,4} La colecistitis enfisematosa es una rara entidad que representa 1% de todas la colecistitis agudas y que se caracteriza por la presencia de gas en la luz de la vesícula biliar, pared o tejidos pericolecísticos, en ausencia de fístulas entre el sistema biliar y el tracto digestivo. Está causada por microorganismos productores de gas, sobre todo *clostridium*, si bien también pueden aparecer otros como *E. coli*, *klebsiella* o *pseudomonas*. La clínica es indistinguible de cualquier otra colecistitis, pero la enfisematosa tiene peor pronóstico (has-

Emphysematous cholecystitis. A case report

SUMMARY

Emphysematous cholecystitis is an acute infection of the gall bladder wall caused by gas-forming organisms. Described by Stoltz in 1901,^{1,2} it was thought to be a rare disorder. However, as a result of improved imaging techniques, it is now being described with increasing frequency. In contrast to acute cholecystitis, emphysematous cholecystitis occurs more commonly in elderly and diabetic patients, and is frequently associated with perforation and death.³ We report a case of a male patient 57 years old, with Diabetes Mellitus II who developed acute emphysematous cholecystitis.

Key words: Emphysematous cholecystitis, acute cholecystitis, diabetes mellitus, cholecystectomy.

ta 25% de mortalidad), ya que presenta mayor número de complicaciones: perforaciones, abscesos perivesiculares y colecistitis gangrenosas. En 50% de los casos está implicada una litiasis biliar.⁵ La intervención quirúrgica inmediata es necesaria en adición a la administración de antibióticos de amplio espectro.

Caso clínico

Se trata de paciente del sexo masculino de 57 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, controlado con hipoglucemiantes orales, que ingresó al servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal en región epigástrica, de siete días de evolución, diagnosticándose gastritis aguda, manejándose con antagonistas de receptores H₂ no

*Cirujano vascular Jefe de Asistencia Externa del Hospital Militar Regional de Puebla, Director General Clínica Médica Quirúrgica Candia Nuestra Señora de Lourdes. ** Médico Radiólogo, Sanatorio Santa María de Puebla, Jefe de Radiología Clínica Médica Quirúrgica, Candia Nuestra Señora de Lourdes. *** Médico General adscrito Clínica Médica Quirúrgica, Candia Nuestra Señora de Lourdes.

Correspondencia:

Dr. René Francisco Candia-de la Rosa

Privada 101 Oriente No. 1612. Col. Granjas de San Isidro. C.P. 72687. Puebla, Pue. México. Tel/Fax: 01(222) 311-2032, 311-2033.

Correo electrónico: renef_candia@yahoo.com.mx

Recibido: Octubre 4, 2006.

Aceptado: Noviembre 21, 2006.

cediendo el dolor, acompañado de estado nauseoso y vómito en varias ocasiones. A la exploración física se encontró al paciente con fascies de dolor, con conjuntivas anictéricas, pupilas isocóricas, normorefléxicas y mucosa oral bien hidratada, con campos pulmonares limpios, bien ventilados, con ruidos cardíacos rítmicos de buen tono e intensidad sin agregados, con abdomen blando, depresible, globoso a expensas de pániculo adiposo, dolor a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho, con ruidos hidroaéreos presentes disminuidos y signo de Murphy positivo, extremidades simétricas, eutróficas y eutérmicas, con pulsos presentes sin edema; el resto de la exploración física sin datos patológicos. Se realizaron estudios de Laboratorio. Citometría hemática: Hgb: 16.8 g/dL, plaquetas: 174,000, Leucocitos: 24,800. Tiempos de coagulación: Tp: 12.5 seg, Ttp: 32 seg, INR: 1.11 Química sanguínea: Glucosa: 220mg/dL, Urea: 19mg/dL, Creatinina: 0.8mg/dL. Ultrasonido abdominal: datos de vesícula en porcelana, litiasis múltiple y lodo biliar espeso, con imagen sugestiva de piocolecisto; se realiza electrocardiograma, radiografía tele de tórax, y radiografía simple de abdomen encontrando gas intravesicular y nivel hidroaéreo (Figura 1), lo cual confirmó el diagnóstico, se da triple esquema de antibióticos (Ceftriaxona, Amikacina, Metronidazol) y medicamentos de sostén para la intervención quirúrgica colecistectomía abierta, encontrando colecistitis aguda enfisematosa (Figuras 2 y 3), por lo cual continúa el triple esquema de antibióticos y control de la hiperglicemia con insulina de acción rápida, por esquema de destrostix. El paciente presenta buena evolución, con herida quirúrgica limpia sin secreciones, signos vitales estables, por lo cual es egresado al quinto día de estancia intrahospitalaria.

Es valorado nuevamente en la consulta externa, al séptimo día posquirúrgico, asintomático, para retiro de puntos y alta del servicio de cirugía.

Discusión

La colecistitis enfisematosa es una complicación severa de una colecistitis aguda, que mediante microorganismos genera gas. Está asociada con un incremento en la morbilidad (50%) y mortalidad (25%).⁶ Los hombres son afectados por el doble que las mujeres en esta patología, no así en la colecistitis aguda.³ Muchos factores patogénicos están propuestos en el desarrollo de la colecistitis enfisematosa la cual inicia como una colecistitis aguda, generando edema que principalmente ocluye el retorno venoso y linfático, como consecuencia el edema incrementa eventualmente la oclusión de la arteria cística. Así la colecistitis enfisematosa es seguida de un proceso isquémico o de gangrena secundaria a la oclusión de la arteria cística y de producción de gas por microorganismos, los cuales descomponen la glucosa mediante condiciones anaerobias.^{1,6}

La mayoría de los pacientes tienen entre 50 y 70 años de edad, y diabetes mellitus II subyacente con enfermedad aterosclerótica periférica. Se piensa que el compromiso vascular de la arteria cística juega un rol significativo en la evolu-



Figura 1. Radiografía simple de abdomen con gas intravesicular y nivel hidroaéreo.



Figura 2. Colecistectomía abierta con vesícula biliar enfisematosa.

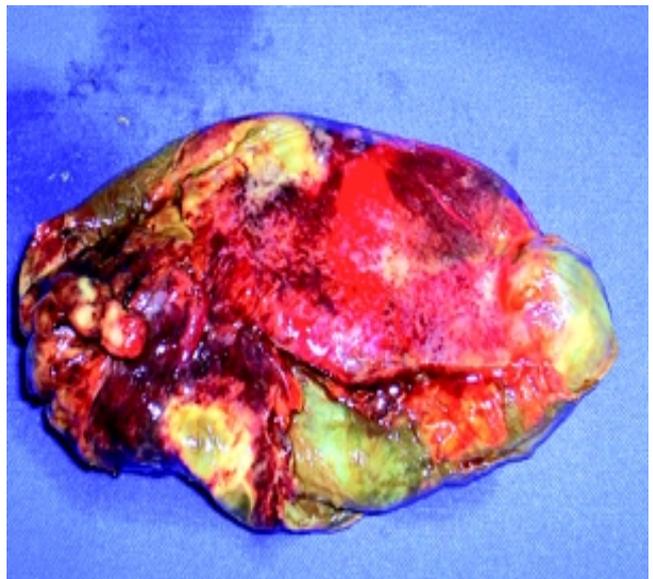


Figura 3. Vesícula biliar enfisematosa.

ción de la forma enfisematosa de esta enfermedad, explicando probablemente su predilección por el sexo masculino.⁶ La manifestación clínica es a menudo insidiosa y puede progresar rápidamente, requiriendo intervención quirúrgica de urgencia.

Los estadios de la colecistitis enfisematosa radiográficamente han sido propuestos como:

Estadio 1. Presenta gas dentro del lumen de la vesícula.

Estadio 2. Presenta gas dentro de la pared de la vesícula.

Estadio 3. Presenta gas dentro de los tejidos pericolecísticos.³

El ultrasonido puede demostrar reflejos altamente ecogénicos con sombra de un bajo nivel posterior y una “sombra sucia”, que emana de la pared o el lumen de la vesícula. Un poco más específico, aunque menos común, es encontrar focos ecogénicos que no dan sombra por arriba de las porciones dependientes del lumen vesicular, de una forma similar a la efervescencia de las burbujas de la champagne (“Signo de champagne”).³ El ultrasonido es menos sensible y específico que la radiografía o la TAC para la detección de gas. Un resultado falso negativo puede ocurrir si el aire pericolecístico circundante obscurece la vesícula biliar o el intestino adyacente se encuentre lleno de aire. Además, el ultrasonido de las paredes calcificadas visto como vesícula en porcelana o múltiples litos dentro de una vesícula contraída pueden tener un aspecto similar. Si se sospecha de colecistitis enfisematosa por ultrasonido, se recomienda radiografía simple de abdomen para confirmar la presencia de gas. La TAC es más sensible y específica para identificar la presencia de gas dentro del lumen o la pared. Agentes de contraste orales e intravenosos no son usualmente requeridos, ya que el aire libre peritoneal y el gas de la vena porta son identificables confiablemente sin la ayuda de agentes de contraste.^{3,6} La presencia de neumoperitoneo indica perforación, lo cual requiere intervención quirúrgica de emergencia. La colecistitis enfisematosa es definitivamente tratada con colecistectomía, aunque la colecistectomía percutánea se puede utilizar como procedimiento temporal inicial en los pacientes críticamente enfermos. La tasa de mortalidad para los

pacientes con forma enfisematosa de colecistitis es de 15%, comparado con una tasa de 4% en caso de colecistitis aguda no enfisematosa.^{3,6}

Conclusiones

La detección oportuna del diagnóstico de colecistitis enfisematosa no sólo se basa en la clínica, sino en las técnicas de imagen las cuales incluyen radiografía simple de abdomen, ultrasonido abdominal y tomografía axial computarizada (TAC). En nuestro caso el diagnóstico se realizó por radiografía simple de abdomen, ya que el ultrasonido abdominal dio imagen de vesícula en porcelana, litiasis múltiple y lodo biliar espeso, imagen sugestiva de piocolecisto.

Al revisar la literatura mundial encontramos que el ultrasonido es menos sensible y específico que la radiografía o la TAC para la detección de gas. Radiográficamente el paciente se encontró en Estadio 1 para la colecistitis enfisematosa, presentando gas dentro del lumen de la vesícula (*Figura 1*). Como se vio previamente, el diagnóstico está basado en la radiografía simple de abdomen y en nuestro caso así se realizó. El tratamiento es inicialmente con antibióticos de amplio espectro junto con colecistectomía de urgencia en las primeras 72 horas, que en nuestro caso fue abierta, lo cual constituye el manejo de elección.

Referencias

1. Lallemand B, De Keuleneer R, Maassarani F. Emphysematous Cholecistitis. *Acta Chir Belg* 2003; 103: 230-2.
2. Sakai Y. Emphysematous cholecistitis. *N Engl J Med* 2003; 348: 23-9.
3. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: A pictorial review. *Radiographics* 2002; 22: 543-61.
4. May RE, Strong R. Acute emphysematous cholecystitis. *Br J Surg* 1971; 139: 453-58.
5. Marchena YPJ, Ruiz RMD, Vanó SD, Benito RJC, García DAM. Colecistitis enfisematosa. *Emergencias* 2005; 17: 200-01.
6. García-Sancho TL, Rodríguez-Montes JA, Fernández LS, García-Sancho ML. Acute emphysematous chole-cystitis. Report of twenty cases. *Hepato-gastroenterology* 1999; 46: 2144-8.