

Caso	(333) Colecistitis enfisematosa perforada.
Autores	Sonia Rebeca Vallejo Rivera, Lidia Nicolás Liza, Lucía Bonilla López, Nelson Felipe Alemán Mahecha, Lucía Gil Abadía, Carlos Miguel Marco Schulke.
Centro	Hospital Universitario De Guadalajara

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 77 años que acude a urgencias con dolor intenso en hipocondrio derecho de 15 horas de evolución y vómitos alimentobiliares. A la exploración física se encuentra signo Murphy positivo, fiebre y reactantes de fase aguda elevados en la analítica. Se solicita ecografía abdominal urgente ante la sospecha clínica de colecistitis aguda complicada.

La exploración ecográfica fue limitada por mala transmisión acústica por lo que se decide TC abdominopélvica complementaria. En la TC se evidencia una vesícula biliar parcialmente distendida, de paredes engrosadas y aerobilia con algunas burbujas de gas ectópico redondeadas intravesiculares. Se asocia con extenso neumoperitoneo adyacente al fundus vesicular y que se extiende por la gotera parietocólica derecha. Todo esto sugiere colecistitis aguda enfisematosa probablemente perforada, aunque dado el extenso neumoperitoneo no se puede descartar perforación de víscera hueca.

Ante los hallazgos radiológicos y analíticos se realiza laparotomía exploradora urgente donde se confirma coleperitoneo y datos de colecistitis enfisematosa perforada con placa necrótica, sin otros hallazgos relevantes. Cultivo de la bilis positivo a *Klebsiella oxytoca* y *Clostridium perfringens*.

DISCUSIÓN

La colecistitis enfisematosa es una forma relativamente rara de colecistitis aguda secundaria a infección de la vía biliar por microorganismos formadores de gas, siendo más común *Escherichia coli* y *Clostridium welchii/perfringens*. Es más frecuente en pacientes varones, siendo factores contribuyentes la diabetes y la arteriosclerosis periférica con disminución del flujo en la arteria cística. Los signos/síntomas son de inicio insidioso con fiebre y dolor en hipocondrio derecho, aunque pueden progresar rápidamente a shock séptico.

La ecografía puede demostrar gas ectópico en la pared y/o intravesicular en forma de reflexiones altamente ecogénicas con “sombra sucia” o en forma de burbujas de gas que se desplazan hacia la porción no declive como “burbujas efervescentes de Champagne”, respectivamente.

No obstante, la tomografía computarizada se considera la prueba diagnóstica de elección con mayor sensibilidad y especificidad para detectar gas ectópico intraluminal (redondeado), intramural (lineal/curvilíneo) o ambos. El resto de hallazgos radiológicos son similares a la colecistitis aguda: engrosamiento de la

pared, realce mural aumentado e inflamación de la grasa perivesicular. Sin embargo, la presencia de cálculos biliares aparece sólo en un 50% de los casos.

Si existe perforación vesicular libre la TC identificará burbujas neumoperitoneo perivesiculares, además de otros signos de perforación vesicular como son la interrupción focal de la pared (debido a necrosis), disminución de la distensión vesicular y coleperitoneo asociado.

En raras ocasiones existe gas venoso portal o en radicales biliares indicando infección de mayor gravedad.

El diagnóstico diferencial incluye colecistitis gangrenosa, absceso hepático con formación de gas o gas en árbol biliar secundario a anastomosis bilioentéricas o esfinterotomía, entre otros.

La colecistitis enfisematosa se asocia con mayor incidencia de complicaciones como la perforación y mayor tasa de mortalidad en comparación con la colecistitis aguda no complicada. Por ello, requiere tratamiento antibiótico y colecistectomía o colecistostomía urgentes.

CONCLUSIÓN

Es importante que el radiólogo no olvide la colecistitis enfisematosa en pacientes de riesgo con sospecha de colecistitis aguda con mala evolución y así establecer un diagnóstico temprano y disminuir la morbimortalidad asociada.

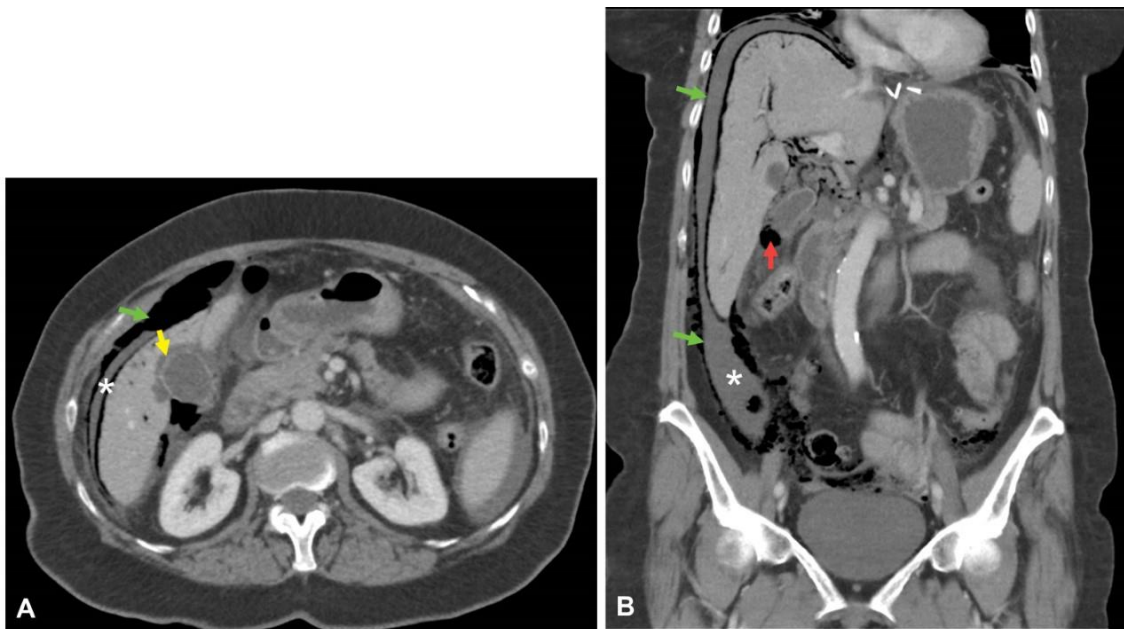


Figura 1. TC abdominopélvica con civ en fase portal en planos axial (A) y coronal (B). Vesícula biliar parcialmente replecionada con engrosamiento generalizado de su pared (flecha amarilla). Burbujas de gas intraluminales y solución de continuidad en el fundus vesicular (flecha roja). Burbujas de neumoperitoneo adyacentes que se extienden por la gotiera parietocólica ipsilateral (flechas verdes). Moderado coleperitoneo (asteriscos).

Figura 1. TC abdominopélvica con civ en fase portal en planos axial (A) y coronal (B). Vesícula biliar parcialmente replecionada con engrosamiento generalizado de su pared (flecha amarilla). Burbujas de gas intraluminales y solución de continuidad en el fundus vesicular (flecha roja). Burbujas de neumoperitoneo adyacentes que se extienden por gotiera parietocólica ipsilateral (flechas verdes). Moderado coleperitoneo y

BIBLIOGRAFÍA

1. Grayson DE, Abbott RM, Levy AD, Sherman PM. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. 2002; 22(3):543-61. Epub2002/05/15.
2. Middleton WD et al. Ecografía. 2ª ed. Madrid: Marbán, 2005, 2:39.