

Caso	(798) Colecistitis enfisematosa en mujer de edad avanzada	
Autores		Asier Garmendia Zabaleta, Andoni Lopez Maseda, Enrique Garcia-serrano Fuertes, Borja Souto Canteli, Leire Prada San Martin, Soledad Larburu Zavala, Mikel Elgezabal Gomez
Centro		Hospital Universitario De Cruces

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 84 años, con antecedentes de HTA, dislipemia, DM tipo 2, y deterioro cognitivo moderado. Es derivada a la urgencia por un cuadro de 48 horas de dolor abdominal, malestar general y náuseas. Se le extrae y analiza una muestra de sangre, en la que presenta una neutrofilia relativa, aumento de los reactantes de fase aguda y la PCT, y un aumento de la bilirrubina directa y las transaminasas. Posteriormente, se realiza un TC abdominopélvico en fases arterial y venosa tras introducción de contraste yodado IV, para descartar un foco infeccioso intraabdominal, de probable origen biliar.

En el TC, se aprecia una vesícula dilatada, de paredes engrosadas y aire en su interior, compatible con colecistitis enfisematosa. Asocia lengüetas de líquido subhepáticas y en gotiera parietocólica derecha, así como reticulación de la grasa adyacente, como datos de inflamación.

DISCUSIÓN

La colecistitis enfisematosa es una variante poco común de la colecistitis aguda, en la cual existe contenido aéreo en la pared de la vesícula biliar o en su luz, en ausencia de una comunicación anómala entre la vía biliar y el tracto digestivo. Es hasta 2 veces más frecuente en varones, y son factores de riesgo la edad (suele aparecer en personas de entre 50 y 70 años) y la aterosclerosis. En aproximadamente un 50% de los casos, ocurre en casos de colecistitis alitiásicas.

Se cree que su aparición se debe a un compromiso o insuficiencia de la arteria cística, que conduce a la isquemia de la vesícula, y por lo tanto a la proliferación de microorganismos anaerobios.

Dado que se trata de una patología urgente y con una alta tasa de complicación (necrosis, perforación, desarrollo de abscesos hepáticos) y mortalidad (pueden provocar la muerte en hasta un 25% de pacientes, comparando con menos del 4% en la colecistitis aguda usual), es imprescindible llevar a cabo un diagnóstico precoz. Las pruebas radiológicas son a menudo de vital importancia para ello.

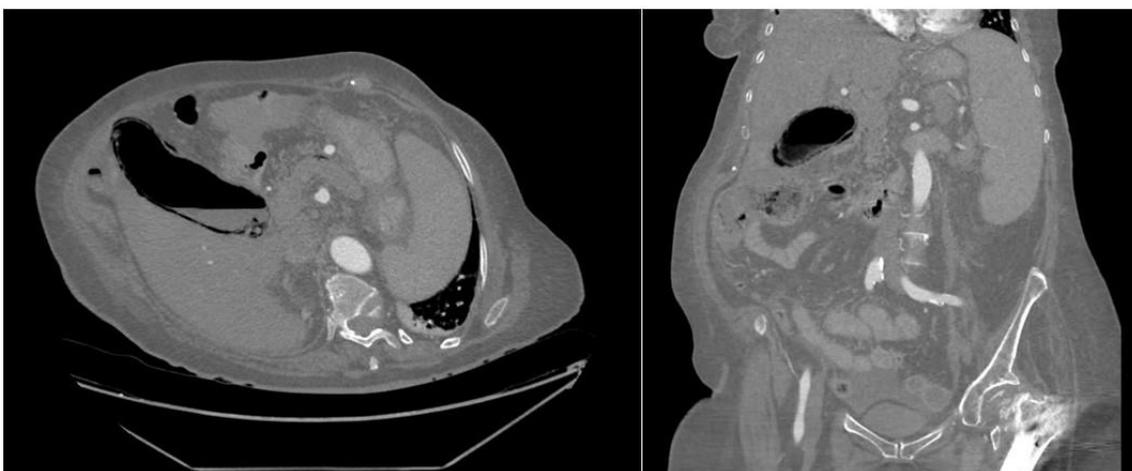
Mediante la radiografía abdominal, podremos visualizar aire dibujando la silueta de la vesícula, o en la vía biliar.

En la ecografía, la colecistitis enfisematosa se presenta en forma de imágenes hiperecogénicas en la pared o en porciones anti-declives de la vesícula, con artefacto de reverberación posterior, y que en ocasiones se desplazan durante el transcurso del estudio o con la movilización del paciente.

Sin embargo, el TC (Tomografía Computerizada) es la prueba diagnóstica de mayor sensibilidad y especificidad, que además de visualizar el aire, permite detectar complicaciones asociadas si las hubiera, como por ejemplo la perforación o los abscesos hepáticos.

CONCLUSIÓN

La colecistitis enfisematosa es una forma poco frecuente de la colecistitis aguda, con mayor tasa de complicaciones y mortalidad que la colecistitis aguda usual. Por ello, es importante conseguir un diagnóstico lo antes posible, y en este aspecto se debe subrayar el papel de los estudios radiológicos. Entre ellos, aunque la radiografía y la ecografía también son de gran utilidad, es el TC el que ofrece una mayor sensibilidad y especificidad, no solo a la hora de objetivar los signos de la colecistitis enfisematosa, sino también para la detección de posibles complicaciones asociadas.



En el TC, podemos ver una vesícula dilatada, con engrosamiento de sus paredes, y aire tanto en su luz como disecando la pared vesicular. Estos hallazgos son compatibles con una colecistitis enfisematosa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sunnapwar A, Raut AA, Nagar AM et-al. Emphysematous cholecystitis: Imaging findings in nine patients. Indian J Radiol Imaging. 2011;21 (2): 142-6. doi:10.4103/0971-3026.82300
2. Grand D, Horton KM, Fishman EK et-al. CT of the gallbladder: spectrum of disease. AJR Am J Roentgenol. 2004;183 (1): 163-70. doi: 10.2214/ajr.183.1.1830163