

¿CUÁL ES SU DIAGNÓSTICO?

DOLOR ABDOMINAL INTENSO EN HEMIABDOMEN DERECHO, HIPERGLUCEMIA, FIEBRE Y LEUCOCITOSIS

Dres. Pablo Capellino, Raúl Ramos, Flavio Benavides

Un varón de 76 años, sin antecedentes de cuadros similares, consultó por dolor abdominal intenso de 36 horas de evolución, continuo, a predominio en hipocondrio derecho con irradiación a dorso que se inició tras ingesta copiosa de colecistoquinéticos. Manifiestó además vómitos, hiporexia y decaimiento general. Presentó registros febriles constatados en su domicilio y sudoración.

El paciente tenía antecedentes de hipertensión arterial y obesidad medicado con enalapril 5 mg día, que tomaba irregularmente.

Al examen físico se observó regular estado general, hipoventilación bibasal, abdomen blando con defensa y dolor intenso a la palpación en hipocondrio derecho. El signo de Murphy era positivo además de presentar distensión abdominal y ruidos hidroaéreos disminuidos a la auscultación.

Las conjuntivas se encontraban ligeramente ictéricas, negando el paciente haber presentado coluria o prurito.

Se registró temperatura axilar de 37,9 °C y la presión arterial al ingreso fue de 100/60 mmHg.

Los exámenes de laboratorio anormales fueron: glucemia 420 mg/dl, 16900 glóbulos blancos por mm³, bilirrubina total 4,7 mg/dl, fosfatasa alcalina 704 UI/l y amilasa 67 UI/l. El paciente no tenía registros hiperglucémicos anteriores a la consulta.

Se le realizó a continuación una ecografía simple de abdomen que informó: hígado graso, vesícula aumentada de tamaño con pared engrosada, aumento de la refringencia de la pared vesicular, que impresionaba alitiásica, vía biliar de 7 mm, páncreas sin particularidades y escaso líquido libre perihepático.

A continuación se realizó una radiografía simple de abdomen (fig. 1).

¿Cuál es su diagnóstico?

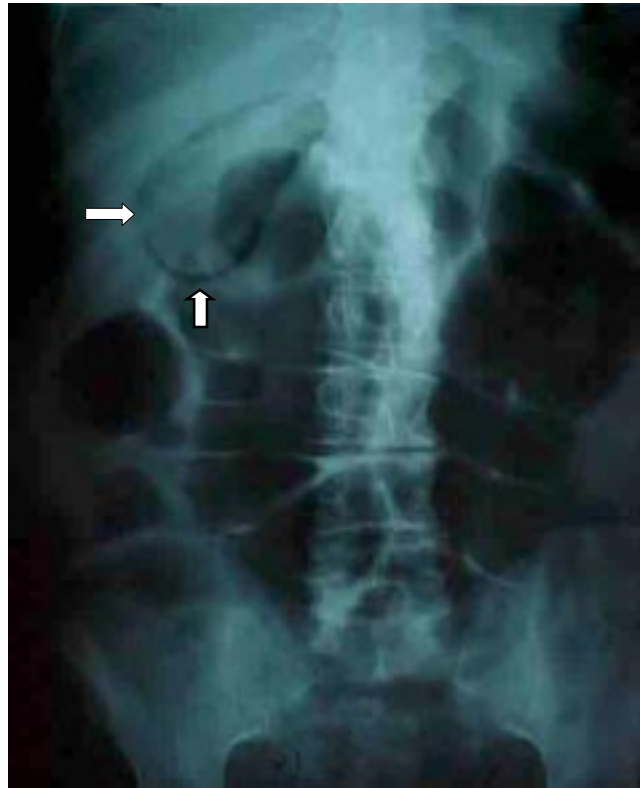


Figura 1. Radiografía simple de abdomen.

DIAGNÓSTICO

Colecistitis aguda enfisematosa

Se trata de un proceso infeccioso grave que afecta a la vesícula, asociado frecuentemente con gérmenes anaeróbicos, siendo *Clostridium sp* el patógeno más frecuente, aunque otros gérmenes productores de gas también pueden ocasionarla como estreptococos anaerobios o bacilos gram negativos¹.

La presencia de gérmenes anaerobios en la vía biliar se asocia con obstrucción biliar y litiasis en 30% de los casos, además de malnutrición, inmunosupresión, alcoholismo y especialmente diabetes, siendo 25% de los afectados con esta forma grave de colecistitis, diabéticos, ancianos y más frecuentemente hombres (3:1)².

No es infrecuente que los cuadros de colecistitis enfisematosa se asocien con vesículas alitiásicas³.

En 15% de los casos la vesícula es gangrenosa, generando una perforación con la consiguiente peritonitis biliar secundaria.

La patogenia de la misma se presume que tiene relación con la oclusión vascular y posterior necrosis de la pared vesicular con sobreinfección de la misma por gérmenes productores de gas.

La presentación clínica se asemeja a un cuadro típico de colecistitis aguda⁴, aunque el paciente se presenta a menudo con compromiso general y en algunos casos el *shock* tóxico domina el cuadro, siendo imprescindible una resucitación intensa y el uso de antibióticos con cobertura anaeróbica tempranamente, dos de las bases del trípode que se completa con la cirugía. En estos casos la colecistectomía tiene indicación precisa siempre y cuando el estado general lo permita. Sólo en los casos con gran compromiso general del paciente que imposibilite la colecistectomía de urgencia estaría aceptado la realización de un tratamiento percutáneo (colecistostomía) aunque la mortalidad es elevada.

El diagnóstico se basa en gran medida en la presunción clínica, tratándose por lo general de pacientes diabéticos, ancianos, con un cuadro clínico compatible con colecistitis aguda y con un compromiso general desmedido. A menudo se logra confirmar el diagnóstico con una radiografía simple de abdomen donde se puede visualizar el contorno vesicular debido al doble con-

traste que ofrece el aire intraparietal. En casos dudosos una tomografía computada o una ecografía puede confirmar el diagnóstico⁵, ya que el aumento de la ecorrefringencia de la pared vesicular es un signo indirecto de aire en la pared y presuntivo de colecistitis enfisematosa.

La mortalidad del cuadro es alta a pesar de la cirugía temprana, llegando a ser de alrededor de 20% en todas las series.

El paciente fue sometido a abordaje por vía laparoscópica tras una corta resucitación en terapia intermedia, realizándosele colecistectomía y colangiografía intraoperatoria que demostró vía biliar expedita. La vesícula presentaba características gangrenosas con aire intraparietal aunque sin perforación libre. El paciente presentó buena evolución postoperatoria siendo dado de alta siete días después de la intervención. El hallazgo de colecistitis enfisematosa obliga a descartar diabetes asociada. En este caso el diagnóstico de diabetes se realizó en la internación, ya que el paciente no tenía diagnóstico previo. El manejo de la hiperglucemia se realizó inicialmente con insulina corriente y posteriormente con hipoglucemiantes orales (glibenclamida 5 mg por día).

Los reportes sobre cirugía laparoscópica ante esta eventualidad son escasos e informan la misma frecuencia de complicaciones que con la cirugía convencional, aportando las ventajas del método por ser mini-invasivo⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. Ferraina P. Infecciones de la vía biliar. En: Ferraina P, Oria A. Cirugía de Michans. 5º ed. El Ateneo, Buenos Aires 1999;596-607.
2. Cuschieri A. Acute cholecystitis. En: Blumgart LH. Surgery of the Liver and Biliary Tract. Vol. 1. Churchill Livingstone. 1era. ed Gran Bretaña 1988;531-9.
3. Karam J, Roslyn JJ. Cholelithiasis and cholecystectomy. En: Zinner M, Schwartz SI, Ellis H. Maingot's Abdominal Operations. Appleton & Lange. 10ma ed Stanford 1997;2:1717-38.
4. Lallemand B, De Keuleneer R, Massarani F et al. Emphysematous cholecystitis. Acta Chir Belg 2003;103:230-2.
5. Konno K, Ishida H, Naganuma H et al. Emphysematous cholecystitis: sonographic findings. Abdom Imaging 2002;27:191-5.
6. Hasey JW, Brody JK, Rosenblatt SM et al. Laparoscopic management and clinical outcome of emphysematous cholecystitis. Surg Endosc 2001;15:1217-20