

CASOS CLINICOS

Colecistitis agudas alitiásicas

Dres. Alberto Piñeyro,
Luis Carriquiry,
José L. Rodríguez

Se presentan 5 casos de colecistitis agudas alitiásicas tratadas en los últimos dos años. Se hace una breve revisión del tema en especial sus circunstancias de aparición, sintomatología, exámenes complementarios y bacteriología más frecuente.

Clinica Quirúrgica "2" (Director Prof. Dr. C. Silva), Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Cholecystitis.

SUMMARY: Alithiasic acute cholecystitis.

Presented 5 cases of alithiasic acute cholecystitis treated in the last two years. Brief review of the subject and, in particular, circumstances under which the disease appeared, symptomatology, complementary exams and most frequent bacteriology.

RÉSUMÉ: Cholécystitis aiguës lithiasiques.

On présente 5 cas de cholécystitis aiguës non lithiasiques traitées pendant les deux dernières années. On fait une brève révision à ce sujet, spécialement en ce qui concerne les circonstances d'apparition, la symptomathologie, les examens complémentaires et la bactériologie la plus fréquente.

INTRODUCCION

Si bien en el 90-95% de las colecistitis agudas existe una litiasis vesicular, bajo determinadas circunstancias el porcentaje de formas alitiásicas aumenta llegando en algunas estadísticas al 50-90%⁽⁸⁾. Es el caso de las colecistopatías que se ven en situaciones de agresión quirúrgica, traumática o infecciosa. En nuestro medio, existen publicaciones que se refieren al tema^(1, 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11)

Su fisiopatología permanece desconocida y se han manejado diversas teorías: enzimática, vascular e infecciosa. Otras dos características de las colecistitis agudas alitiásicas y que resaltan el interés de la revisión de este tema son: su diagnóstico es en general tardío ya que si bien el cuadro clínico no difiere de los de etiología litiásica, el paciente no presenta en general antecedentes de cólicos hepáticos y cursa un estado mórbido que puede enmascarar el cuadro clínico. Su morbimortalidad es francamente superior llegando en algunas estadísticas al 35%^(8, 12); seguramente influenciada por el diagnóstico tardío y por el estado mórbido preexistente. Del punto de vista clínico a las circunstancias de aparición ya señaladas se debe agregar su predominio en el sexo (70-80%) a diferencia de las formas litiásicas que en un 80% se ven en el sexo femenino. El elemento clínico más frecuente es el dolor a nivel del hipocondrio derecho al que se asocia frecuentemente un síndrome fébril que en ocasiones to-

Presentado como Tema Libre ante el 35° Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, diciembre de 1984.

Prof. Adjunto, Ex-Asistente y Asistente de Clínica Quirúrgica.

Dirección Ibicuy 1116. Montevideo. (Dr. A. Piñeyro).

ma la evolución de un cuadro séptico. Dentro de los exámenes complementarios destacamos: Radiografía simple de hipocondrio derecho que en ocasiones puede mostrar la presencia de gas a nivel de la luz vesicular, la pared o tejidos perivesiculares. Leucocitosis, casi invariablemente por encima de 10.000 mm. La ecografía que puede mostrar: dilatación vesicular, espesamiento de la bilis ("sludge vesicular"), engrosamiento de la pared vesicular y dolor al pasaje de la sonda de ultrasonido en la proyección vesicular.

La bacteriología, frecuentemente insuficiente en nuestro medio, muestra en ocasiones una flora anaeróbica donde predomina el género *Clostridium* y *Escherichia coli* que puede actuar como anaerobio facultativo. Del punto de vista anatómopatológico pueden existir lesiones necróticas más o menos extensas pudiendo el proceso extenderse más allá de la vesícula configurando una peritonitis localizada.

La terapéutica ideal es la colecistectomía que requiere una colangiografía intra o postoperatoria para confirmar el cuadro como alitiásico.

CASUISTICA

Caso 1: C.S., sexo masculino, 60 años, N° Reg. 10.824. Etilista y diabético que ingresa por cuadro de evolución caracterizada por dolor en hipocondrio derecho y fiebre. De los exámenes complementarios destacamos glucemia 1.48%, leucocitosis de 26.000/mm y una radiografía simple de hipocondrio derecho que muestra la imagen característica de un neumocolecisto. Se opera de urgencia constatándose una colecistitis gangrenogaseosa alitiásica con indemnidad colangiográfica de V.B.P. Se practicó una colecistectomía. Buena evolución.

Caso 2: M.A., sexo masculino, 62 años, N° Reg. 231.101. Ingresó por dolor en hemiabdomen superior a predominio en hipocondrio derecho. Leucocitosis de 19.000/mm, VES 15° mm. Radiografía de abdomen que muestra imagen aérea a nivel del hipocondrio derecho fuera del gastroduodeno y del colon. Ecografía: discreto edema de la pared vesicular, sin litiasis. Se opera constatándose una colecistitis gangrenogaseosa alitiásica. Se practica una colecistectomía. Buena evolución. El estudio bacteriológico del contenido vesicular mostró *Clostridium*.

Caso 3: A.M., sexo masculino, 58 años, N° Reg. 293.219, diabético, que ingresa por dolor de hipocondrio derecho y fiebre de una semana de evolución. Radiografía de abdomen que muestra imagen hidroaérea subhepática. Ecografía: vesícula distendida, sin litiasis. Glucemia 2.15g% y leucocitosis de 7.100/mm. Se opera, constatándose colecistitis gangrenosa alitiásica y una cirrosis hepática. Se practicó una colecistectomía y se dejó un drenaje transcístico que confirmó en el postoperatorio la indemnidad de la VBP. El estudio bacteriológico mostró *Escherichia*.

Caso 4: O.F., sexo masculino, 74 años, N° Reg. 227.367. Curando postoperatorio de cirugía urológica instala dolor a nivel de hipocondrio derecho y fiebre. Ecografía: vesícula distendida, con sedimento, sin cálculos. Pese al tratamiento médico el cuadro no retrocede y se opera: peritonitis localizada por perforación de colecistitis gangrenosa alitiásica. Colecistectomía y drenaje. Luego de dos reoperaciones por absceso subhepático, fallece en sepsis. Bacteriología: *Escherichia*.

Caso 5: J.P., sexo masculino, 61 años, N° Reg. 7754. Etilista y diabético. Veinte días antes fractura traumática de cotilo izquierdo. Actualmente reingresa por cuadro toxiinfeccioso, dolor intenso en hipocondrio y flanco derechos. Al examen: obnubilado, ictérico, TR 40°C. Gran hepatomegalia dolorosa. Agravación progresiva, pasa al CTI y le realizamos una fibrolaparoscopia que mostró: peritonitis localizada, evolucionada a nivel de hipocondrio y flanco derechos, probable cavidad del lóbulo derecho, de aspecto necrótico. Se opera: vesícula distendida con zonas necrosadas, colecistostomía, líquido achocolatado de gran fetidez, cavidad necrótica a nivel del lóbulo derecho. Bacteriología del contenido vesicular y hemocultivos: *Clostridium*. Fallece en sepsis.

COMENTARIO Y CONCLUSIONES

La colecistitis aguda alitiásica, entidad cuya frecuencia va en aumento, suele verse en un terreno especial dentro del cual destacamos: postoperatorio de cirugía general y urológica, poltraumatizado o gran quemado, séptico, diabético y cirrótico. Para algunos autores⁽⁷⁻¹²⁾ debe ser considerada como una manifestación séptica a nivel del tubo digestivo.

Si bien su patogenia final permanece desconocida, se han manejado los siguientes mecanismos:

- Factores enzimáticos, en especial la lisolecitina y el reflujo pancreático.
- Disminución de la perfusión sobre todo en situaciones de gasto bajo que, como lo señalan Camaño y Silva⁽³⁾ alteraría la barrera mucosa vesicular.
- Estasis biliar y distensión vesicular progresiva provocada por el ayuno, sea éste postoperatorio o no, agravada por la atonía ocasionada por analgésicos y narcóticos. Todo esto llevaría a exagerar la plicatura del sifón vesicular, creando un obstáculo funcional⁽¹³⁾
- Elementos infecciosos.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALIANO A., SCHNEEBERGER F., RAMIREZ W., LORENZELLI J. — Colecistitis gangrenosa gaseosa. *Cir. Urug.* 50: 195, 1980.
2. BOSCH DEL MARCO L. — Pionemocolecistitis aguda. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 25: 503, 1954.
3. CAMAÑO M., SILVA C. — Colecistitis aguda enfisematosa. *Dia. Med. Urug.* 34: 317, 1968.
4. DEL CAMPO J.C., OTERO P. — Neumatosis espontánea de las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 11: 241, 1940.
5. DU PRIEST J.R., KHANEJA S.C., COWLEY P.A. — Acute cholecystitis complicating trauma. *Ann. Surg.* 189: 84, 1979.

6. FOSSATI A. — Pionemocolecistitis. Bol. Soc. Cir. Urug. 3: 178, 1932.
7. HOERR S.O., HAZARD T.B. — Acute cholecistitis without gallbladder stones. Am. J. Surg. 111: 47, 1966.
8. HOWARD R. — Acute cholecistitis in the absence of gallbladder stones. In: Najarian-Delaney. · Hepatic, biliary and pancreatic surgery Chicago, Year Book, 1980.
9. LARGHERO P. — Colecistitis disecantes y exfoliativas. Montevideo, Artística, 1935.
10. PRADERI R. — Pionemocolecisto. Bol. Soc. Cir. Urug. 32: 670, 1961.
11. PRAT D. — Colecistitis gangrenosas. En: Patología Biliar. Montevideo. Barreiro y Ramos, 1946, p. 402.
12. ROULLET-AUDY J.C., GUIVARC'H M., SAFAR M.H., LOIRAT Ph. — Les cholecistites alithiasiques post-operatoires et du stress. 25 observations. 1960-1980. J. Chir. 119 29, 1982.
13. SEGURA J., ROCCA L., CHADA S., ALCHE S. — Colecistitis aguda postoperatoria. Prensa Méd. Argent. 66: 533, 1979.