

Nombre:	Wilmar Antonio
Apellido:	Ocampo Toro
Otros Autores:	P. Concejo Iglesias. P. Barón Ródiz.A. Pérez de los Ríos.B. Blanco García.J.J. Jover Sánchez
E-mail:	wildibujab@hotmail.com
Hospital:	Hospital Universitario Severo Ochoa
Ciudad:	Leganés, Madrid.
Título:	Aire vesicular en paciente con abdomen agudo: colecistitis gangrenosa
Presentación:	Varón de 88 años con insuficiencia renal. Presenta dolor abdominal. Leucocitosis y PCR elevada. Se solicita TC abdominal para valoración. Se realiza TC abdominal sin contraste intravenoso: Engrosamiento irregular de la pared vesicular con nivel hidroaéreo. Burbujas en pared y fundus. Neumobilia. Existencia de Barro/microlitiasis. Cambios inflamatorios en tejido perivesicular y en grasa mesentérica. Los hallazgos sugieren colecistitis gangrenosa o colecistitis enfisematosa.
Discusión :	<p>Diagnóstico: colecistitis gangrenosa. Se aísla clostridium perfringes.</p> <p>Reflexión</p> <p>Debido al contexto clínico, se realizó TC abdominal y no ecografía. La colecistitis gangrenosa es una complicación grave de la colecistitis aguda. Cursa con clínica y analítica sugerentes de infección, pero inespecífica, siendo indistinguible de una colecistitis no complicada; aunque el signo de Murphy es negativo (70% de casos), por denervación vesicular. Incidencia: 2% al 30%. Es más frecuente en varones mayores con factores de riesgo cardiovasculares. La colelitiasis es frecuente, pero no es requisito.</p> <p>El angioTAC tiene más importancia en esta entidad que en colecistitis no complicadas, por ser más específica que la ecografía, identificándose captación discontinua de contraste parietal. Otros hallazgos: ausencia de captación de contraste parietal, gas vesicular, engrosamiento irregular mural, membranas internas y neumobilia.</p> <p>En ecografía: aumento del grosor parietal y del diámetro transversal vesicular (mayor que en colecistitis no complicadas), aire (confundible con gas intestinal o litiasis).</p> <p>Es difícil distinguir la colecistitis enfisematosa de la gangrenosa, pues la primera puede presentar necrosis y es característico el aire vesicular.</p>
Conclusión:	<p>Es importante reconocer la colecistitis gangrenosa en las pruebas de imagen, pues presenta:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Mayor frecuencia de conversión de cirugía laparoscópica en abierta, respecto a las colecistitis no complicadas (75% frente a 8%). -Mayor incidencia de complicaciones que obliga a considerar tratamientos invasivos más precoces. <p>La ecografía sigue siendo importante en su diagnóstico, pero el angioTAC ha demostrado mayor especificidad y debería realizarse cuando la ecografía no sea concluyente.</p>
Bibliografía:	<ul style="list-style-type: none"> - G.L. Bennett, E.J. Balthazar . Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. Radiol Clin N Am. 2003. 41. 1203–1216. - A. K. Singh, P. Sagar. Gangrenous cholecystitis: prediction with CT Imaging. Abdom Imaging (2005) 30:218–221.

Pie de foto:

TAC abdominal sin contraste intravenoso: A. Axial, neumobilia(flecha roja). B y C. Axial y sagital, respectivamente; se identifica nivel hidroaéreo en fundus(flecha azul) y dos burbujas, una mural (flecha amarilla) y otra en cuello vesicular.