

Nombre:	ESTHER
Apellido:	TABERNER LOPEZ
Otros Autores:	PAULINA GALLEGOS ESPINOSA, VERONICA RICART SELMA
E-mail:	etaberner@hospital-ribera.com
Hospital:	HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA RIBERA
Ciudad:	ALZIRA VALENCIA
Título:	Colecistitis enfisematosa en paciente diabética
Presentación:	<p>Mujer de 71 años que acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. Como antecedentes personales obesidad, hipertensión arterial y diabetes no insulino dependiente. Presenta dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de 72 horas de evolución, que comenzó tras ingesta copiosa. Se acompaña de escalofríos y náuseas sin vómitos. A la exploración llama la atención el regular estado general de la paciente y el intenso dolor a la compresión del hipocondrio derecho. Como pruebas complementarias se realizó analítica destacando leucocitos con neutrofilia. También se realizó rx abdominal la que se visualiza un halo radiolúcido que rodea la vesícula biliar y una ecografía abdominal. Tras los hallazgos ecográficos (vesícula biliar distendida, de pared engrosada (7.3mm), con presencia de aire en la pared de la misma y múltiples litiasis en su interior y ante la sospecha de colecistitis enfisematosa se decide completar el estudio con TC. En el TC abdominal con contraste destaca el engrosamiento parietal de la vesícula biliar con burbujas de aire y múltiples litiasis en su interior, junto con importantes cambios inflamatorios alrededor, diagnosticandose de colecistitis aguda. La paciente fue intervenida quirúrgicamente de forma urgente mediante colecistectomía laparoscópica. La anatomía patológica confirmó una vesícula biliar con cálculos combinados que mide 11.3 x 5 cm, con diagnóstico de colelitiasis y colecistitis aguda gangrenosa. El microorganismo aislado fue el Clostridium Welchii. La paciente evolucionó favorablemente y fue dada de alta a los 10 días.</p>
Discusión :	<p>La colecistitis aguda enfisematosa es una variante infrecuente de colecistitis aguda causada por infección por microorganismos productores de gas [1]. Clínicamente es indistinguible de una colecistitis aguda. El diagnóstico se confirma mediante pruebas radiológicas. Es más frecuente en hombres que en mujeres(al contrario que la colecistitis aguda). Le edad media de presentación es de 50-70 años y pacientes con factores predisponentes como la diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular [2]. Las manifestaciones clínicas incluyen el dolor en hipocondrio derecho, nauseas, vómitos, febrícula que progresan rápidamente, requiriendo una intervención quirúrgica urgente. Las pruebas de laboratorio revelan leucocitos e incremento de la bioquímica hepática.El organismo que más frecuentemente se aísla es el Clostridium welchii y Escherichia coli.</p> <p>La radiografía simple muestra aire en la pared o luz de la vesícula biliar.</p> <p>En el estudio de ecografía se aprecian imágenes ecogénicas con sombra posterior y artefactos de reverberación [3, 4]. Un signo menos frecuente pero más específico es la presencia de pequeños focos dependientes de la luz, similares a burbujas efervescentes (champagne sign)[4].</p> <p>La presencia de gas en la pared es un criterio diagnóstico muy sensible y específico en TC [5]. Los hallazgos en TC incluyen: litiasis en vesícula biliar, en el colédoco o en ambos; engrosamiento focal o difuso de la pared vesicular >3mm, con un diámetro transversal de más de 5cm; infiltración de la grasa circundante. No obstante esta</p>

	<p>prueba no es estrictamente necesaria para el diagnóstico.</p> <p>Las complicaciones incluyen perforación vesicular y sepsis, más frecuentes que en la colecistitis no enfisematosa.</p> <p>El diagnóstico diferencial debe incluir el ileo biliar y la fístula biliar entérica.</p> <p>El tratamiento indicado es la colecistectomía, siendo otra opción posible la colecistostomía percutánea en pacientes críticos. La mortalidad global de los pacientes con colecistitis enfisematosa es del 15%, comparada con el 4% en los casos no complicados de colecistitis aguda [2, 4].</p>
Conclusión:	<p>En conclusión, debemos tener en mente que esta entidad puede verse en pacientes con síntomas de colecistitis aguda y que el diagnóstico tardío aumenta las complicaciones. En nuestro caso destacamos la edad de la paciente y sus factores predisponentes (diabetes) e ilustra un caso típico de colecistitis enfisematosa.</p>
Bibliografía:	<p>1-Miyahara H, Shida D, Matsunaga H, Takahama Y, Miyamoto S. Emphysematous cholecystitis with massive gas in the abdominal cavity. World J Gastroenterol 2013; 19(4): 604-606</p> <p>2-Miguel F. Carrascosa MD, José R. Salcines-Caviedes MD. Emphysematous cholecystitis. CMAJ, January 10, 2012, 184(1).</p> <p>3-Gregory A. Bortoff, MD, PhD, Michael Y. M. Chen, MD, David J. Ott, MD, Neil T. Wolfman, MD, William D. Routh, MD. Gallbladder Stones: Imaging and Intervention. RadioGraphics 2000; 20:751–766</p> <p>4-¹¹David E. Grayson, Capt, USAF, MC, Robert M. Abbott, Lt Col, USAF, MC Angela D. Levy, Lt Col, USA, MC ,Paul M. Sherman, Maj, USAF, MC. Emphysematous Infections of the Abdomen and Pelvis: A Pictorial Review. RadioGraphics 2002; 22:543–561</p> <p>5-Asli Tanrivermis Sayit, Hediye Pinar Gunbey. Emphysematous Cholecystitis in 24-Year-old Male Without Predisposing Factors. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2015 Jul, Vol-9(7)</p>
Pie de foto:	<p>1- Rx simple muestra colecciones de gas en hipocondrio derecho (flechas), que representan gas en la pared vesicular. 2- imagen transversal de ecografía. Se identifican múltiples pequeñas imágenes hiperecogénicas (flechas) dentro de la luz vesicular que corresponden a burbujas de gas dependientes de la pared (champagne sign). 3- imagen transversal de ecografía. Engrosamiento difuso de la pared vesicular (>4mm). 4- imagen coronal de TC con contraste iv. Aumento de la atenuación de la grasa que se extiende hasta era ángulo hepático del colon (flechas finas). Pequeña colección quística (flecha gruesa).5-imagen sagital de TC con contraste iv. No hay signos de aerobilia ni dilatación de la vía biliar. No hay signos de perforación vesicular. 6- imagen axial de TC con contraste iv. Nivel aire líquido en vesícula biliar y gas en la pared (flechas blancas). Inflamación perivesicular de la grasa que se extiende hasta duodeno (flechas naranja)</p>