

COLECISTITIS AGUDA ENFISEMATOSA. UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DOLOR ABDOMINAL AGUDO.

Acute emphysematous cholecystitis. An entity to be taken into account in the differential diagnosis of acute abdominal pain.

Aguilar Martínez JC, Campos Gonzaga L, Pavón Guerrero MI

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE JEREZ. CÁDIZ.

Resumen

La colecistitis aguda enfisematosa es una entidad infrecuente que se caracteriza por la presencia de gas en la pared y/o la luz vesicular. Su morbimortalidad es muy elevada por su curso rápidamente progresivo hacia la sepsis, el shock e incluso el exitus si no se lleva a cabo una colecistectomía emergente. Dado que el cuadro clínico inicial no es específico, pudiendo ser similar al de la colecistitis aguda, es crucial tener un alto índice de sospecha.

Presentamos el caso de un paciente que ingresó por dolor abdominal agudo y que requirió la realización de tres pruebas de imagen urgentes en un breve periodo de tiempo hasta poder alcanzar el diagnóstico de colecistitis aguda enfisematosa.

Palabras clave: colecistitis enfisematosa, colecistitis aguda, dolor abdominal agudo.

Abstract

Acute emphysematous cholecystitis is a rare entity characterised by the presence of gas in the gallbladder wall and/or lumen. Its morbidity and mortality is very significant due to its rapidly progressive course towards sepsis, shock and even exitus if an emergency cholecystectomy is not performed. As the initial clinical presentation is not specific and may be similar to that of acute cholecystitis, it is crucial to have a high index of suspicion.

We present the case of a patient who was admitted for acute abdominal pain and required three urgent imaging tests in a brief period of time to achieve a diagnosis of acute emphysematous cholecystitis.

Keywords: emphysematous cholecystitis, acute cholecystitis, acute abdominal pain.

Introducción

La colecistitis aguda enfisematosa es una rara variante de colecistitis aguda que presenta un curso potencialmente letal, suponiendo una emergencia quirúrgica. Es fundamental tener un alto grado de sospecha ya que, sobre todo en sus fases iniciales, puede suponer un reto diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 63 años, sin alergias medicamentosas ni hábitos tóxicos, con diabetes mellitus tipo 2 bien controlada con antidiabéticos orales como único antecedente médico de interés. Acude a Urgencias manifestando dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, junto con náuseas y vómitos biliosos de 24 horas de evolución. No asocia fiebre u otros síntomas. Niega transgresión dietética previa al inicio de la clínica.

A la exploración física, el paciente muestra buen estado general aunque afectado por el dolor. Destaca únicamente dolor a la palpación superficial en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de peritonismo.

En los análisis sanguíneos cabe reseñar una leve hipertransaminasemia (AST 85 UI/L, ALT 90 UI/L) y una ligera hiperamilasemia (350 U/L). Los reactantes de fase aguda no se encuentran elevados.

Ante estos hallazgos, desde Urgencias se decide ingreso en planta de hospitalización de Digestivo con sospecha de pancreatitis aguda biliar.

Durante su primer día de ingreso en planta, el paciente presenta intensificación del dolor abdominal, que resulta refractario incluso a la analgesia de segundo escalón. Se solicitan análisis urgentes, sin que se constaten elevación de reactantes de fase aguda ni otras nuevas alteraciones analíticas. Por la clínica, se solicita también TC abdominal urgente con contraste intravenoso, informada como sin hallazgos patológicos (Figura 1).

Apenas 12 horas después, y dada la persistencia de los síntomas a pesar de analgesia con opiáceos mayores, se realiza ecografía abdominal urgente. En esta se aprecia gas subhepático, por lo que se lleva a cabo una nueva TC abdominal con contraste intravenoso en la que se describen signos tomográficos compatibles con colecistitis aguda enfisematosa (Figura 2), con gas en la pared de la vesícula biliar y edema subseroso. No se evidencian material litiásico biliar ni signos de patología pancreática en las exploraciones radiológicas efectuadas.



Figura 1. Corte transversal de TC abdominal con contraste intravenoso que no muestra hallazgos patológicos significativos en las estructuras comprendidas, incluyendo la vesícula biliar.

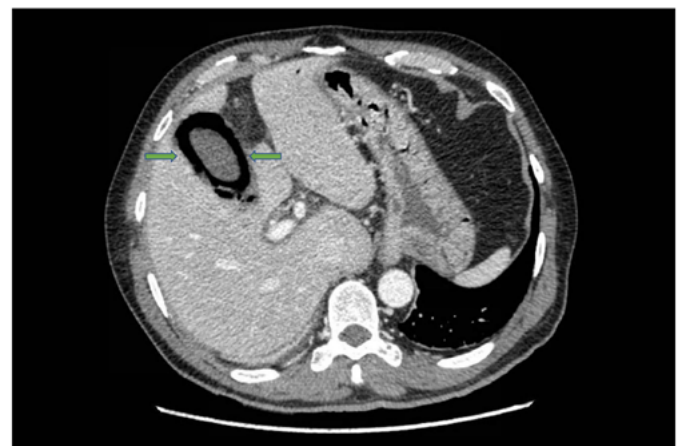


Figura 2. Corte transversal de TC abdominal con contraste intravenoso, llevado a cabo 12 horas más tarde, que muestra gas en la pared de la vesícula biliar (flechas verdes), con edema subseroso, compatible con colecistitis aguda enfisematosa.

Ante la ausencia de comorbilidad significativa, se comenta el caso con Cirugía. Tras valoración por su parte, se inicia antibioterapia empírica de amplio espectro y se lleva a cabo una colecistectomía laparoscópica urgente, con evolución posterior favorable. En el estudio de la pieza quirúrgica se confirma el diagnóstico de colecistitis aguda enfisematosa, con aislamiento de *Clostridium perfringens* pansensible.

Discusión

La colecistitis enfisematosa es una forma infrecuente de colecistitis aguda, suponiendo el 1% del total de las mismas. Su principal característica diferencial es la presencia de gas en la pared y/o la luz vesicular¹. Los microorganismos habitualmente implicados son *Escherichia coli*, *Klebsiella spp.* y, como en nuestro caso, *Clostridium spp.*². Se trata de una entidad más común en varones, pacientes con diabetes mellitus e inmunodeprimidos.

Aunque la ecografía abdominal suele ser la primera exploración realizada como aproximación inicial al estudio del dolor abdominal, la TC es la técnica diagnóstica más sensible y específica, siendo de elección. Inicialmente, el cuadro clínico es similar al de la colecistitis aguda, pero con un curso insidioso y rápidamente progresivo hacia la sepsis y el shock, comprendiendo con ello unas tasas de morbimortalidad elevadas³.

Por tanto, es crucial tener siempre presente esta entidad en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo, aun cuando las pruebas diagnósticas iniciales resultan anodinas.

La colecistectomía es el tratamiento definitivo de elección y debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible. En pacientes de edad avanzada o con comorbilidad relevante, puede considerarse como alternativa terapéutica la colecistostomía guiada por ecoendoscopia o la colecistostomía percutánea⁴.

Bibliografía

1. Safwan M, Penny SM. Emphysematous cholecystitis: a deadly twist to a common disease. *J Diagn Med Sonogr* 2016; 32:131-137.
2. Santoyo-Villalba J, Cañas-García I, Mogollón-González M. Acute emphysematous cholecystitis due to *Clostridium perfringens*: a rare entity requiring aggressive and early treatment. *Rev Esp Enferm Dig* 2022; 114:357-358.
3. Escobar F, Vega NV, Valbuena EI. Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos. *Rev Colomb Cir* 2015; 30:106-111.
4. Irani SS, Sharzehi K, Siddiqui UD. AGA Clinical Practice Update on Role of EUS-Guided Gallbladder Drainage in Acute Cholecystitis: Commentary. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2023; 21:1141-1147.