

# COLECISTITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

C. González-Artacho, M.A. López-Garrido, C. Alegría-Motte, F. Moles-Gallardo, J. de Teresa-Galván

Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

## Resumen

La colecistitis es una inflamación de la pared de la vesícula biliar, que puede ser aguda o crónica, cuya manifestación principal es el dolor abdominal y la hipersensibilidad en el cuadrante superior derecho. La técnica diagnóstica de elección es la ecografía abdominal; y el manejo terapéutico debe contemplar un tratamiento médico de soporte y la resolución de la enfermedad vesicular, generalmente mediante colecistectomía. En el diagnóstico diferencial es necesario considerar otras entidades hepatobiliopancreáticas, tanto benignas como malignas, que determinan un tratamiento y pronóstico diferente. Presentamos el caso clínico de un paciente con colecistitis aguda de presentación atípica, con un curso diagnóstico confuso hasta el examen de la pieza quirúrgica.

**Palabras clave:** Colecistitis aguda, colangiocarcinoma, obstrucción biliar.

## Abstract

Cholecystitis is an inflammation of the gallbladder wall, which can be acute or chronic, and whose main manifestation is abdominal pain and tenderness in the right upper quadrant. The diagnostic technique of choice is abdominal ultrasound; therapeutic

management shall include supporting medical treatment and the resolution of the gallbladder disease, usually by cholecystectomy. The differential diagnosis must consider other hepato-biliary-pancreatic entities, both benign and malignant, that determine a different treatment and prognosis. We report a case of a patient with atypical presentation of acute cholecystitis, with a confusing diagnosis course until the surgical specimen was examined.

**Key words:** Acute cholecystitis, cholangiocarcinoma, biliary obstruction.

## Introducción

La colecistitis es un tipo de colecistopatía que se caracteriza por la inflamación de la vesícula biliar de forma aguda o crónica<sup>1</sup>. La presentación clínica suele ser en forma de dolor abdominal severo, en hipocondrio derecho o epigastrio, irradiado a espalda o interescapular; fiebre; náuseas y vómitos. El diagnóstico por imagen se realiza mediante ecografía o TAC abdominal<sup>2</sup> y el tratamiento de elección es la colecistectomía, preferiblemente por vía laparoscópica; aunque en función de las características del paciente, otras alternativas terapéuticas son medidas conservadoras y antibioterapia, o la colecistostomía percutánea<sup>3-5</sup>. Entre los diagnósticos diferenciales están la pancreatitis aguda, úlcera péptica, cólico renal, hepatitis alcohólica, absceso hepático, tumor hepático y cáncer de vesícula y vías biliares<sup>2</sup>. Presentamos el caso clínico de un paciente con colecistitis aguda de presentación atípica, con un curso diagnóstico confuso hasta el examen de la pieza quirúrgica.

### CORRESPONDENCIA

Cristina González Artacho  
Hospital Universitario Virgen de las Nieves  
Avd. de las Fuerzas Armadas 2  
18014 Granada

crisglart@gmail.com

## Observación clínica

Varón de 74 años con antecedentes de trombosis venosa profunda de miembros inferiores, que consulta por dolor en hipocondrio derecho irradiado a espalda, de un mes de evolución, que empeora tras ingesta. En la última semana sensación distérmica. Pérdida ponderal no cuantificada. A la exploración física, normocoloración cutaneomucosa; y abdomen doloroso a la palpación en hipocondrio derecho, sin masas, megalias, ni signos de peritonismo. Analíticamente destaca: GOT 65 U/L, GPT 127 U/L, GGT 705 U/L, FA 666 U/L; y los marcadores tumorales fueron negativos. Se realiza ecografía abdominal informando de obstrucción de hepático común en la confluencia del cístico por conglomerado ecogénico con infiltración de dichas estructuras y de vesícula biliar que presenta un nivel ecogénico, compatible con colangiocarcinoma y barro biliar vesicular. Para completar estudio se realiza tomografía computerizada abdominal que describe probable neoplasia de ángulo hepático de colon con infiltración por contigüidad de vesícula biliar (Figuras 1 y 2). Se realiza colonoscopia que descarta lesión a dicho nivel. A continuación se procede a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) visualizando estenosis de hepático común de aspecto neoplásico, y se toma citología con ausencia de células tumorales. Con la sospecha de colangiocarcinoma se programa intervención quirúrgica, hallando una masa inflamatoria englobando vesícula, vía biliar, duodeno y ángulo hepático del colon. Se remiten varias biopsias intraoperatorias informando de patología inflamatoria. Se realiza colecistectomía y el examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica muestra intensa colecistitis aguda con plastrón fibroinflamatorio y ausencia de elementos tumorales.



Figuras 1 y 2

Imágenes de TAC abdominal: Engrosamiento irregular de la pared medial de la vesícula biliar acompañado de engrosamiento de pared de ángulo hepático del colon, el cual se encuentra en íntimo contacto.

## Discusión

La forma de presentación clínica más frecuente de la colecistitis aguda es de dolor abdominal principalmente en hipocondrio derecho y/o epigastrio, fiebre, anorexia, náuseas y vómitos; acompañándose de leucocitosis con neutrofilia en la analítica<sup>1</sup>. La sospecha clínica debe acompañarse de la realización de pruebas de imagen para confirmar el diagnóstico, siendo la ecografía abdominal la primera técnica de elección. La tomografía computerizada (TC) es generalmente innecesaria en el diagnóstico de colecistitis aguda, sin embargo, puede ser útil en caso de sospecha de complicaciones de la colecistitis aguda (como la colecistitis enfisematosa o perforación de vesícula biliar) o cuando se consideran otros diagnósticos<sup>2</sup>.

El tratamiento de elección de la colecistitis aguda es la colecistectomía, preferiblemente por vía laparoscópica; aunque en función de las características del paciente, otras alternativas terapéuticas son medidas conservadoras y antibioterapia, o la colecistostomía percutánea<sup>3,4</sup>.

Entre los diagnósticos diferenciales están la pancreatitis aguda, úlcera péptica, cólico renal, hepatitis alcohólica, absceso hepático, tumor hepático y cáncer de vesícula y vías biliares. En el caso concreto del colangiocarcinoma entre los diagnósticos alternativos, se ha observado en numerosos trabajos publicados que hasta el 25% de todas las obstrucciones biliares<sup>5,7</sup> pueden

simular un colangiocarcinoma, e incluyen condiciones benignas tales como coledocolitiasis, síndrome de Mirizzi, pancreatitis, colangitis y procesos fibroinflamatorios no específicos (estenosis idiopática benigna), así como otras enfermedades malignas, que secundariamente involucran la confluencia biliar.

Diferenciar un colangiocarcinoma de diagnósticos alternativos es importante debido a las diferencias en el tratamiento y pronóstico. El tratamiento óptimo para el colangiocarcinoma requiere una hepatectomía mayor concomitante, que en general no es necesario en las entidades benignas, por lo que una caracterización precisa mejoraría la planificación operatoria y puede evitar una intervención quirúrgica innecesaria en algunos casos. Varios estudios han evaluado diferentes métodos de evaluación preoperatoria de la obstrucción biliar y los comparó con el patrón de oro que es el examen histopatológico<sup>8,11</sup>. Las variables clínicas han demostrado ser poco fiables en la diferenciación del colangiocarcinoma de otras causas de obstrucción biliar, si bien la tríada de la colestasis, dolor abdominal y pérdida de peso es sugestivo de malignidad, hasta un tercio de los pacientes con estos síntomas tendrá una enfermedad benigna<sup>9, 10, 12</sup>. En cuanto

a las técnicas de imagen, en manos experimentadas la ecografía puede ser muy útil en la evaluación de invasión vascular y el grado de afectación biliar, pero su capacidad general para distinguir con precisión el colangiocarcinoma de diagnósticos alternativos es limitada<sup>14</sup>. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la ultrasonografía endoscópica (USE) alcanzan una precisión diagnóstica global del 60% al 80% (con una mejor sensibilidad para USE). La tomografía computarizada (TC) y la colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) son las principales técnicas para la evaluación diagnóstica, proporcionando una gran cantidad de información importante con respecto a la extensión de la afectación biliar y vascular y la presencia de atrofia lobar. Sin embargo, aunque la TC y CPRM son útiles para la detección de tumores y la evaluación de la resecabilidad, la exactitud en la diferenciación entre colangiocarcinoma y condiciones benignas también es sólo del 60% al 80%<sup>14, 15</sup>. Por todo ello, y en conclusión, como se ha demostrado en numerosos estudios, la diferenciación preoperatoria del colangiocarcinoma de otras causas de obstrucción biliar sigue siendo difícil sin recurrir a la intervención quirúrgica.

11. Wetter LA, Ring EJ, Pellegrini CA, Way LW. Differential diagnosis of sclerosing carcinomas of the common hepatic duct (Klatskin tumors). *Am J Surg* 1991;161:57-62.

12. Wetter LA, Ring EJ, Pellegrini CA, Way LW. Differential diagnosis of sclerosing cholangiocarcinomas of the common hepatic duct (Klatskin tumors). *Am J Surg* 1991; 161:57.

13. Verbeek PC, van Leeuwen DJ, de Wit LT, et al. Benign fibrosing disease at the hepatic confluence mimicking Klatskin tumors. *Surgery* 1992; 112:866.

14. Rosch T, Meining A, Fruhmorgen S, et al. A prospective comparison of the diagnostic accuracy of ERCP, MRCP, CT, and EUS in biliary strictures. *Gastrointest Endosc* 2002;55:870-6.

15. Park M, Kim TK, Kim KW, et al. Differentiation of extrahepatic bile duct cholangiocarcinoma from benign stricture: findings at MRCP versus ERCP. *Radiology* 2004;233:234-40.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecystitis. *J Long Term Eff Med Implants*. 2005;15(3):329-38.

2. Hirota M, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Miura F, Hirata K et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007;14(1):78-82.

3. Calero García P, Ruiz Tovar J, Sanjuanbenito Dehesa A, Calero Amaro A, Díez Tabernilla M, Latorre Fragua R et al. Acute cholecystitis: is it still justified to delay surgery?. *Cir Esp*. 2010 Aug;88(2):92-6.

4. Lee KT, Wong SR, Cheng JS, Ker CG, Sheen CC, Liu YE. Ultrasound-guided percutaneous cholecystotomy as an initial treatment for acute cholecystitis in elderly patients. *Dig Surg* 1998; 15 (4):328-32.

5. Are C, Gonen M, D'Angelica M, DeMatteo RP, Fong Y, Blumgart LH. Differential diagnosis of proximal biliary obstruction. *Surgery* 2006;140(5):756-63.

6. Koea J, Holden A, Chau K, McCall J. Differential diagnosis of stenosing lesions at the hepatic hilus. *World J Surg* 2004;28:466-70.

7. Gerhards MF, Vos P, van Gulik TM, Rauws EA, Bosma A, Gouma DJ. Incidence of benign lesions in patients resected for suspicious hilar obstruction. *Br J Surg* 2001;88:48-51.

8. Hadjis NS, Collier NA, Blumgart LH. Malignant masquerade at the hilum of the liver. *Br J Surg* 1985;72:759-61.

9. Koea J, Holden A, Chau K, McCall J. Differential diagnosis of stenosing lesions at the hepatic hilus. *World J Surg* 2004;28:466-70.

10. Gerhards MF, Vos P, van Gulik TM, Rauws EA, Bosma A, Gouma DJ. Incidence of benign lesions in patients resected for suspicious hilar obstruction. *Br J Surg* 2001;88:48-51.