

# COLECISTITIS AGUDA POR SALMONELLA

A. Barrientos-Delgado, M. del Moral-Martínez, M. E. Cervilla-Sáez de Tejada, F. J. Casado-Caballero

Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

**Palabras clave:** Colecistitis aguda, Colecistitis alitiásica, Salmonella no tifoidea.

**Keywords:** Acute cholecystitis, Acalculous cholecystitis, non-typhoidal Salmonella.

## Cuerpo

La enterocolitis aguda provocada por Salmonella no tifoidea afecta a la mucosa del ileon sin llegar a destruirla. Sin embargo, puede llegar a provocar una afectación más generalizada, con bacteriemia secundaria, en aproximadamente un 3-14%<sup>1</sup>. Presentamos el caso de una complicación rara de enterocolitis por Salmonella.

Se trata de un varón de 62 años con antecedentes de cardiopatía isquémica, EPOC grado III, hipertensión arterial y diabetes tipo 2, en tratamiento con insulina, losartan, bisoprolol, clopidogrel, parche de nitroglicerina y aerosoles de tiotropio y salmeterol. Consulta en Urgencias por cuadro de vómitos y diarrea líquida de 24 horas de evolución, siendo derivado al alta con diagnóstico de gastroenteritis aguda con tratamiento conservador y medidas higiénico-dietéticas.

Acudió dos veces más al servicio de Urgencias en los siguientes cuatro días, presentando intenso dolor en epigastrio que se irradiaba a hipocondrio derecho, asociando malestar general y fiebre de 38°C. En la exploración física destaca el tinte ictérico conjuntival, y signos de irritación peritoneal a la palpación abdominal, con signo de Murphy positivo.

En la analítica destacaba Bilirrubina total de 3,30 mg/dl, con B. directa de 2,73, GPT 74 U/ml, PCR de 12 y 18300 leucocitos con 80% de polimorfonucleares. Se realizaron ecografía y TAC de abdomen de urgencia sin encontrar hallazgos, describiendo una vesícula biliar alitiásica sin dilatación de vías biliares. Se ingresó con el diagnóstico de cólico biliar complicado, pautándose antibioterapia intravenosa con Ertapenem.

Tras 36 horas se realizó Colangio-RM describiendo engrosamiento de pared vesicular con lengüeta de líquido, compatible con colecistitis aguda. Fue valorado por el servicio de Cirugía que decidió tratamiento conservador con antibioterapia. Se extrajeron hemocultivos a su ingreso, aislándose Salmonella grupo C. Ante la buena evolución, se "desescaló" el antibiótico a Ceftriaxona. Fue dado de alta con Levofloxacino durante tres días más y fecha para colecistectomía programada.

## Discusión

La colecistitis aguda alitiásica por Salmonella no tifoidea es poco usual, con una tasa de aislamiento descrita del 0.6 %; sin embargo, es la infección focal más frecuente debida a *S. typhi* y *S. paratyphi*<sup>2</sup>.

Esta entidad puede presentarse en el contexto de una bacteriemia o invasión directa del sistema biliar desde el intestino.

### CORRESPONDENCIA

Andrés Barrientos Delgado  
Avda. Doctor Olóriz s/n - 18012 Granada

andres.bardel@hotmail.com

Entre los factores que podrían contribuir a ello, destacan una disminución del ácido gástrico, la inmadurez del tejido linfóide intestinal u otros factores de virulencia indeterminados<sup>1</sup>. La colecistitis normalmente se asocia a litiasis biliar y son pocos los casos descritos provocados por Salmonella en los que se detectase colelitiasis, aunque algunos autores hablan de una litiasis biliar preexistente como factor contribuyente para la infección<sup>3</sup>. Existen factores predisponentes tales como la edad, patologías crónicas asociadas (como el lupus eritematoso, enfermedades linfoproliferativas y diabetes mellitus), trasplantes de órganos y terapia inmunosupresora<sup>4,5</sup>.

El diagnóstico de colecistitis aguda por salmonella se basa fundamentalmente en las manifestaciones clínicas, en las pruebas analíticas, microbiológicas (hemocultivo) y de imagen compatibles con colecistitis, y la exclusión de otras causas.

El manejo no difiere de las colecistitis debido a otras patologías. El tratamiento antibiótico con cefalosporinas de tercera generación o una fluorquinolona durante una o dos semanas podría ser suficiente, aunque en casos de colecistitis crónica o si la evolución es tórpida (perforación vesicular o infección intraperitoneal) debería plantearse la colecistectomía<sup>1,6</sup>.

En conclusión, aunque la colecistitis alitiásica producida por Salmonella no tifoidea es rara, debería tenerse en cuenta, una vez excluidas otras causas de colecistitis, por la necesidad de una antibioterapia precoz y apropiada con el fin de evitar complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Shimoni Z, Pitlik S, Leibovici L, et al. Nontyphoid salmonella bacteraemia : Age-related differences in clinical presentation, bacteriology, and outcome. *Clin Infect Dis* 1999; 28:822-7.
2. McCaron B, Love WC. Acalculous nontyphoidal salmonella cholecystitis requiring surgical intervention despite ciprofloxacin therapy: report of three cases. *Clin Infect Dis* 1997;24:707-9.
3. James RA, Morris G, Winter R, Keston-Jones M. Acalculous cholecystitis due Salmonella Virchow. *Br J Clin Pract* 1990; 44:767-8.
4. Ruiz-Rebollo ML, Sánchez-Antolín G, García Pajares F. Acalculous cholecystitis due to Salmonella enteritidis. *World J Gastroenterol* 2008; 14(41): 6408-9.
5. Hsu RB, et al. Risk factors for primary bacteremia and endovascular infection in patients without acquired immunodeficiency syndrome who have nontyphoid salmonellosis. *Clin Infect Dis* 2003; 36: 829-834.
6. Pegues DA OM, Miller SI. Especies de Salmonella, incluida Salmonella typhi. In: *Práctica E-fIPy*, ed (ed 6); 2006: 2636-2654.