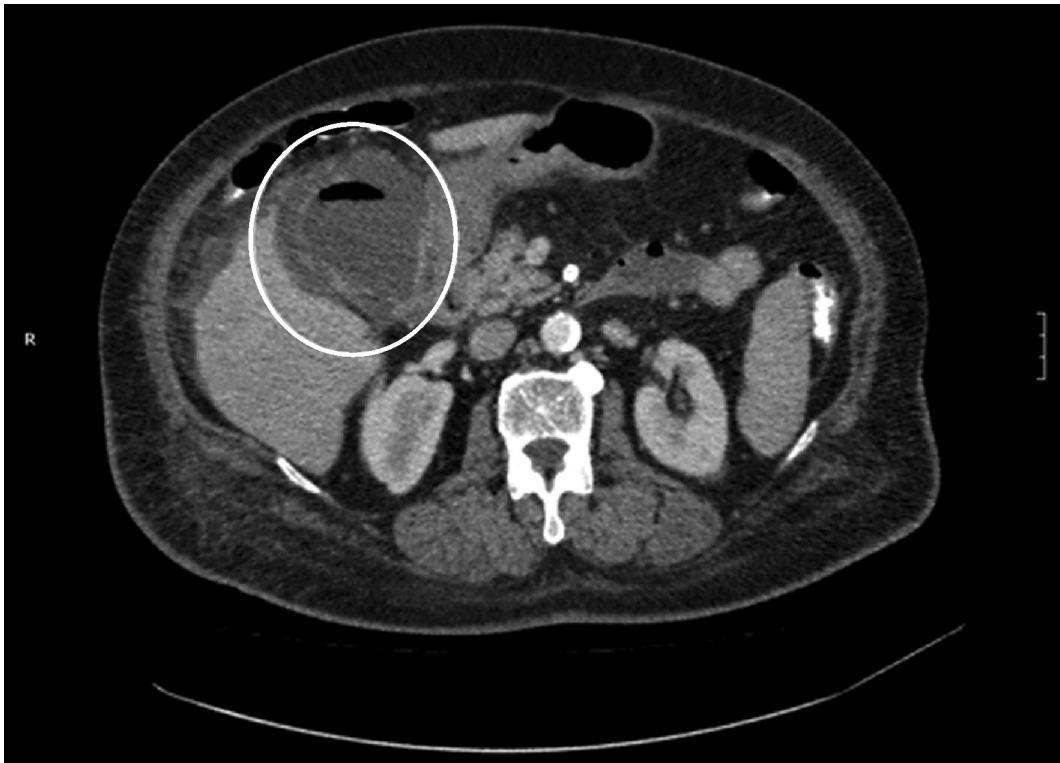


Colecistitis enfisematosa



TC de abdomen que muestra aire en el interior de la vesícula biliar y líquido perivesicular.

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Se trata de una mujer de 72 años que relata fiebre y dolor en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución. Sus antecedentes patológicos eran hipertensión arterial, diabetes tipo II, fibrilación auricular (anticoagulada) y reemplazo valvular aórtico con revascularización miocárdica.

Al examen físico presentaba abdomen blando, depresible, sin signos de irritación peritoneal, pero doloroso a la palpación profunda del hipocondrio derecho. El signo de Murphy era negativo.

La ecografía informó hígado de forma, tamaño y ecoestructura conservada. No se identifican lesiones focales. Vía biliar intrahepática y extrahepática no dilatadas. Vesícula de paredes engrosadas a expensas de calcificaciones murales.

La TC de abdomen con contraste oral e intravenoso mostró: vesícula distendida, microlitiásica, de paredes levemente engrosadas que presentan realce con la administración del contraste intravenoso. Se identifican burbujas de aire en su interior, moderada cantidad de líquido perivesicular y alteración de los planos grasos adyacentes.

Se inició tratamiento antibiótico con amoxicilina-sulbactam + ciprofloxacina. Se realizó colecistostomía percutánea guiada por ecografía. La evolución fue favorable.

VIÑETA CLÍNICA

La colecistitis enfisematosa es una rara entidad que representa el 1% de todas las colecistitis agudas y se caracteriza por la presencia de gas en la luz o en la pared de la vesícula biliar o en los tejidos adyacentes, en ausencia de fistulas entre el sistema biliar y el tracto digestivo. Es causada por microorganismos productores de gas, sobre todo *Clostridium*, si bien también pueden aparecer otros como *E. coli*, *Klebsiella* o *Pseudomonas*. La clínica es indistinguible de cualquier otra colecistitis, pero la forma enfisematosa tiene peor pronóstico (hasta un 25% de mortalidad) ya que presenta mayor número de complicaciones: perforaciones, abscesos perivesiculares y colecistitis gangrenosas. En un 50% de los casos está implicada una litiasis biliar. Su diagnóstico se basa no solo en la clínica sospechosa sino en estudios de imagen que incluyen radiología simple, ecografía abdominal y tomografía computarizada.

El tratamiento inicial con antibióticos de amplio espectro junto con colecistectomía de urgencia en las primeras 72 horas constituye el manejo de elección.

*Residencia de Clínica Médica del Hospital Italiano de Buenos Aires
Correspondencia: revista@hospitalitaliano.org.ar*

BIBLIOGRAFÍA

- Johnson CD. ABC of the upper gastrointestinal tract. Upper abdominal pain: Gall bladder. *BMJ*. 2001;323(7322):1170-3.
- Lorenz RW, Steffen HM. Emphysematous cholecystitis: diagnostic problems and differential diagnosis of gallbladder gas accumulations. *Hepatogastroenterology*. 1990;37 Suppl 2:103-6.
- Sakai Y. Images in clinical medicine. Emphysematous cholecystitis. *N Engl J Med*. 2003;348(23):2329.