

Colecistitis Aguda Alitiásica: A Propósito de un Caso en Paciente Adolescente

Acute Alitiasic Cholecystitis: A Purpose of a Case in Adolescent Patient

Gabriel Rosas-González^a, Keiltz Willi Carreño-Vásquez^a, Carlos Andrés Ramírez-Onofre^a

Resumen

La colecistitis aguda alitiásica o acalculosa (CAA) es un padecimiento quirúrgico no tan frecuente en la población pediátrica, aproximadamente del 2 a 15% de los casos se reporta como una condición que se diagnostica con frecuencia creciente en pacientes críticos. Las causas más comunes descritas del padecimiento son de origen infeccioso, siguiéndole en orden de frecuencia las de origen traumático, quemaduras y deshidratación. En pacientes sin patologías conocidas este padecimiento es raro. De acuerdo a la fisiopatología se cree que se genera por isquemia en vasos nutricios, provocando inflamación y estasis biliar de manera crónica.

El hallazgo habitual en los estudios de imagen es una vesícula biliar acentuada distendida con paredes gruesas (> 3-4 mm) con o sin fluido pericolecístico. Para la detección se recomienda la historia clínica, la exploración y el uso de estudios de laboratorio y gabinete, sin embargo, entre los medios de detección destacan la ecografía con alta sensibilidad y especificidad además de la Tomografía Axial Computarizada (TAC). El tratamiento inicial es de soporte con hidratación, analgésicos y antibióticos y ante respuesta inadecuada y de acuerdo a la condición del paciente, se recurre a la colecistectomía abierta o laparoscópica.

El rango de mortalidad reportado es del 10-50% para la colecistitis alitiásica en comparación con el 1% para la colecistitis litiasica.

Palabras clave: colecistitis alitiásica, edad pediátrica, ecografía, diagnóstico.

Introducción

La colecistitis en sus diversas presentaciones, es una patología de índole quirúrgica con alta prevalencia en los países en vías de desarrollo. En pacientes adultos, el 90% de las ocasiones se debe a cálculos biliares y solamente del 2 al 15%

Abstract

Alitiasic cholecystitis is an infrequent surgical condition in the pediatric population. Approximately 2 to 15% of the cases are reported as a condition that is increasingly being diagnosed in critically ill patients. The most common described causes of the disease are of infectious origin, following those of traumatic origin, burns and dehydration respectively. In patients without known pathologies, this condition is rare. According to the pathophysiology, it is believed that it is generated by ischemia in nutritional vessels, causing inflammation and chronic bile stasis.

The usual finding in imaging studies is a marked gallbladder which is distended with thick walls (> 3-4 mm) with or without pericolecistic fluid. For detection, clinical history, exploration, and use of cabinets and laboratories are recommended. Nevertheless, means of detection emphasize high sensitivity and specificity ultrasounds in addition to Computerized Axial Tomography (CT or CAT). Initial treatment is supported by hydration, analgesic and antibiotics and in light of inadequate response and depending on the patient's condition, use of open or laparoscopic cholecystectomy is used.

The reported mortality rate is 10-50% for alitiasic cholecystitis compared to 1% for lithiasic cholecystitis.

Keywords: alitiasic cholecystitis, pediatric age, ultrasound, diagnosis.

se considera alitiásica, es decir, una inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos en su interior por lo que se denomina también acalculosa. En los niños, la colecistitis alitiásica no es una patología que se presente con regularidad, 1/100 a 1-3/1000 habitantes niños la padecen; sin embargo, ha habido un aumento en este grupo

^a Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre la Salud Pública, Guillermo Rojas Mijangos s/n esq. Av. Universidad, Col. Universitaria, C.P. 70800, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México.

Correspondencia: Gabriel Rosas González
Universidad de la Sierra Sur, ISSP
Correo electrónico: tortonros@hotmail.com

de edad con incidencia de colecistitis aguda alitiásica en un 30 a 70% sobre la estadística anterior para pacientes pediátricos casi siempre reportados con edad menor a 11 años ^{1,2,3,4}.

Las causas de la colecistitis aguda alitiásica están relacionadas con infecciones de estirpe viral o bacteriana entre las que destacan: infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), Virus de Hepatitis A y B, Citomegalovirus, Epstein Baar, Toxoplasmosis, Salmonella, E.Coli y Estreptococo Beta Hemolítico del grupo A (Escarlatina). Otras situaciones que se han relacionado con la patología, son: utilización de nutrición parenteral, quemaduras extensas, traumatismos de tipo abdominal, deshidratación y cardiopatías. En pacientes sanos, sin antecedentes la patología de índole alitiásica es rara ^{5,6,7,8,9}.

Por incidencia es más común en hombres que en mujeres siendo la relación de 1.5-3:1; sin embargo, esta estadística se maneja para pacientes después de la quinta década de la vida y no para niños y adolescentes, ya que el diagnóstico no se sospecha de manera temprana lo cual retrasa el tratamiento quirúrgico aumentando la morbimortalidad en el paciente que la padece. Dentro de las complicaciones más comunes que puede presentar un paciente al no realizarse una intervención oportuna, encontramos gangrena y perforación vesicular, peritonitis purulenta y química, insuficiencia renal aguda, síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, falla orgánica múltiple y muerte ^{4,5,6,7,8,9,10,11,12}.

La bilis es secretada por el hígado por medio de los hepatocitos que son sus células funcionales y metabólicas presentando dos funciones principales: digerir y absorber las grasas por un proceso de emulsificación de las grasas con la consecuente formación de micelas para la absorción de estas y la eliminación de productos de desechos como la bilirrubina y el exceso de colesterol. A través de las fases de secreción de bilis hay un aporte en la vía biliar de agua, electrolitos y bicarbonato que por rebosamiento o transporte retrógrado se almacenan en la vesícula biliar, esta a su vez por transporte activo así como pasivo reabsorbe en el epitelio de la pared, agua y electrolitos a la circulación precipitando en el interior sales biliares, colesterol y lecitina. Para el movimiento y vaciamiento de la vesícula biliar se necesita la acción de la colecistocinina (abrev. CCK) que responde a la

presencia de alimentos en la primera porción del duodeno de tipo graso y proteico siendo más intenso el primero, ante este estímulo se vacía la vesícula por medio del cóstico al colédoco en la segunda porción del duodeno, en la Ámpula de Váter, si la alimentación es baja en grasas o el paciente permanece en ayuno el movimiento es mínimo o casi nulo ¹³.

Se ha tratado de explicar la patogenia de la colecistitis aguda alitiásica o acalculosa. De acuerdo con Patiño existe una inflamación de la vesícula biliar, a la cual se suma la presencia de bilis con formación de barro biliar y colonización por bacterias, en ocasiones por obstrucción de la arteria cóstica, espasmo del cóstico o aumento de viscosidad de la bilis ⁴, así, en la primera fase, se presenta una obstrucción de los vasos pequeños con isquemia de pared e inflamación; de acuerdo a Molina, esta obstrucción puede ser estéril en la mayor parte de los casos, pero tiene como consecuencia una disminución en la absorción de agua y electrolitos, aumentando el volumen máximo de la vesícula biliar lo que genera las complicaciones antes mencionadas ^{4,8}.

Los datos clínicos que puede presentar un paciente son diversos, los más destacados: dolor en hipocondrio derecho y cuadrante superior derecho o epigastrio, fiebre, distensión abdominal, ausencia o disminución de ruidos peristálticos, náuseas, vómitos y anorexia. Durante la exploración se puede encontrar signo de Murphy Positivo o dudoso, hipersensibilidad del área y presencia de masa en cuadrante superior (vesícula palpable) ^{5,10,11,14,15,16}.

Los estudios de laboratorio no son concluyentes en todos los pacientes (en algunos casos), sin embargo, los más recomendados son: biometría hemática con presencia de leucocitosis, elevación de proteína C reactiva (PCR) y de velocidad de sedimentación globular (VSG), aumento de bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa ^{5,10,11,14,15,16}.

La ecografía es el estudio de gabinete concluyente, con una sensibilidad del 85% y especificidad del 95%. Para demostrar una colecistitis aguda alitiásica se deben cumplir dos criterios mayores o un criterio mayor y dos menores. Los criterios mayores son: espesor de pared de vesícula biliar mayor o igual a 3.5 mm, líquido perocolecístico o edema subseroso, distensión mayor de 5 cm de largo, gas intramural o cole-

cistitis enfisematosa. Los criterios menores son: lodo biliar e hidrops distensión mayor o igual a 8 cm o mayor de 5 cm de ancho con líquido transparente, es recomendable la tomografía axial computarizada simple (TAC) abdominal o la resonancia magnética (RM) si se contara con el recurso de manera inmediata ^{2, 3, 15, 17}.

Para la resolución se plantea que ante la sospecha el abordaje primario sea en ayuno, con hidratación, analgésicos y antibióticos, ante la respuesta inadecuada la colecistectomía laparoscópica (Gold Estándar) o abierta de acuerdo a la condición clínica del paciente ^{15, 17}.

Caso clínico

Se trata de un masculino de 14 años de edad el cual es llevado a la clínica por compañeros de trabajo, ya que por la mañana presentó dolor tipo cólico abdominal muy intenso el cual aumentó con el desayuno (según comenta el paciente), además refiriendo sensación de náuseas y en una ocasión vómito de contenido gastroalimentario. Presentó también deambulación lenta por propio pie, en posición antiálgica en todo momento con presión de ambas manos en hemiabdomen derecho, con facies franca de dolor, por lo que se ingresa para su exploración.

El paciente no presentó antecedentes de drogas o cualquier otra sustancia, había acudido a consulta médica solo para orientación por problemas de índole familiar. Según mencionó, se le había diagnosticado un problema cardíaco por los dolores que había sentido anteriormente pero no se le habían realizado estudios al respecto, por lo que el supuesto problema cardíaco se contrastó con un electrocardiograma, el cual arrojó como resultado funcionamiento normal del corazón, sin soplos, ni alteración del ritmo. El paciente comentó que anteriormente no había estado en tratamiento médico y tampoco en tratamiento herbolario, sólo en tratamiento de tipo psicológico. Mencionó que ya había cursado con dolor tipo cólico abdominal desde hace cuatro años y desde entonces había padecido estreñimiento esporádico. Había consultado en tres ocasiones a médicos particulares que le ofrecieron antiespasmódicos, protectores de mucosa gástrica y antibióticos en una ocasión. Mencionó también que presentó coluria en dos ocasiones cuatro meses antes.

Durante la exploración física se encontraba con facies de dolor, mucosas orales semihidratadas, campos pulmonares con buena entrada y salida de aire, latidos rítmicos de buen tono, sin embargo, aumentados para su edad, sin presencia de soplos; en abdomen no se auscultaban ruidos peristálticos, presentaba resistencia abdominal, timpanismo en diversos cuadrantes, signo de McBurney dudoso, cuadrado lumbar positivo, psoas positivo, signo de Bloomberg positivo, y de Murphy dudoso, así como, extremidades íntegras con pulsos sincrónicos.

Ante la sospecha de abdomen agudo secundario que pudiera revelar una apendicitis aguda contra la presencia de colecistitis aguda se solicitó ultrasonido abdominal, biometría hemática, velocidad de sedimentación globular, tiempos de coagulación, proteína C reactiva, examen general de orina y reacciones febriles. Se reportó biometría con $16000/\text{mm}^3$ leucocitos totales, neutrófilos 87%, bandas 2%, neutrófilos con pseudópodos, hemoglobina 14.1 g/dl, hematocrito 43%, eritrocitos $4.6 \times 10^6/\text{ul}$, plaquetas $286 \times 10^3/\text{ul}$, TP 12.8 seg, TPT 20.8 seg, examen general de orina sin leucocituria ni bacterias, sin embargo, eritrocitos 20 por campo, reacciones febriles negativas.

Dentro de los hallazgos importantes el ultrasonido mostró en la fosa iliaca derecha presencia de asas intestinales con abundante gas en su interior, sin presencia de líquido libre abdominal ni datos ultrasonográficos compatibles con apendicitis, sin embargo, el estudio no la descarta mencionándola como retrocecal. La vesícula biliar (Imagen 1) se reportó en localización anatómica habitual con medidas de 9.5 mm sagital, transversal 41 mm y anteroposterior de 35 mm sin engrosamiento de pared ni litos en su interior, conducto colédoco sin alteración por lo que se reportó diagnóstico de probable enteritis infecciosa y gastritis crónica.



Imagen 1. Ultrasonografía horizontal y longitudinal de vesícula biliar paciente 14 años.

Fuente: Elaboración propia, 2016.

El manejo de la situación se inició con hidratación endovenosa, analgésicos y antiespasmódicos por presentar temperatura corporal de 37.9° C, esto se realizó tomando en cuenta datos ultrasonográficos de enteritis, el tratamiento mencionado se completó con la administración de antibióticos de tipo cefalosporina. Ante este manejo el paciente responde de manera adecuada con disminución del dolor, sigue sin canalización de gases ni evacuaciones, sin embargo, con perístalsis mínima, micciones presentes por lo que después de seis horas se le ofrece alimento vía oral líquida, a petición del paciente. Ante la evidencia de mejoría relativa, tanto el paciente como el familiar solicitan que se le dé de alta, treinta minutos después de haber ingerido alimento el paciente comienza con dolor intenso, adoptando nuevamente posición antiálgica, náuseas y datos de abdomen agudo, por lo que se solicita interconsulta a cirugía. Con los antecedentes antes mencionados se decide intervenir quirúrgicamente realizando una laparotomía exploradora en búsqueda intencionada de proceso apendicular retrocecal contra vesicular.

Durante la laparotomía exploradora no se encontraron cambios en el apéndice, sin embargo, al seguir explorando se observó la migración del peritoneo hacia la vesícula biliar, la cual estaba recubierta. Al explorarla se observó vesícula en tensión con presencia de bilis aproximadamente de 160 ml durante su drenaje (Imagen 2), se procedió entonces a colecistectomía sin complicaciones.

Posterior a la cirugía el paciente tuvo una mejoría absoluta manteniéndose en vigilancia hospitalaria durante cuatro días tolerando la vía oral sin dolor. Durante este lapso se realizaron estudios de laboratorio como VIH que fue negativo, Prueba serológica para la sífilis (VDRL) negativa, hepatitis A y B negativos, reacciones febriles sin datos positivos y análisis coprológico sin datos o presencia de quistes u otros parásitos. El paciente desde entonces no ha presentado molestias. Se envió la vesícula a estudio de patología, la cual arrojó el siguiente resultado: pared de la vesícula biliar infiltrada por células inflamatorias crónicas representadas por linfocitos dispersos mayor en la submucosa, pequeños grupos densos de linfocitos, desprendimiento de epitelio en algunas zonas sin transformación maligna con diagnóstico patológico de colecistitis crónica folicular con hiperplasia folicular de la mucosa.

Conclusión

Para este caso reportado aunque se contó con un ultrasonido y con un criterio mayor por la longitud superior a 5 cm de la vesícula biliar y el desconocimiento de la interpretación radiográfica que no fue contundente, se mantuvo la expectativa por el cuadro clínico del paciente, esto permitió recurrir a un tratamiento de tipo quirúrgico cuando ya se había establecido anteriormente uno de tipo farmacológico sin respuesta favorable.

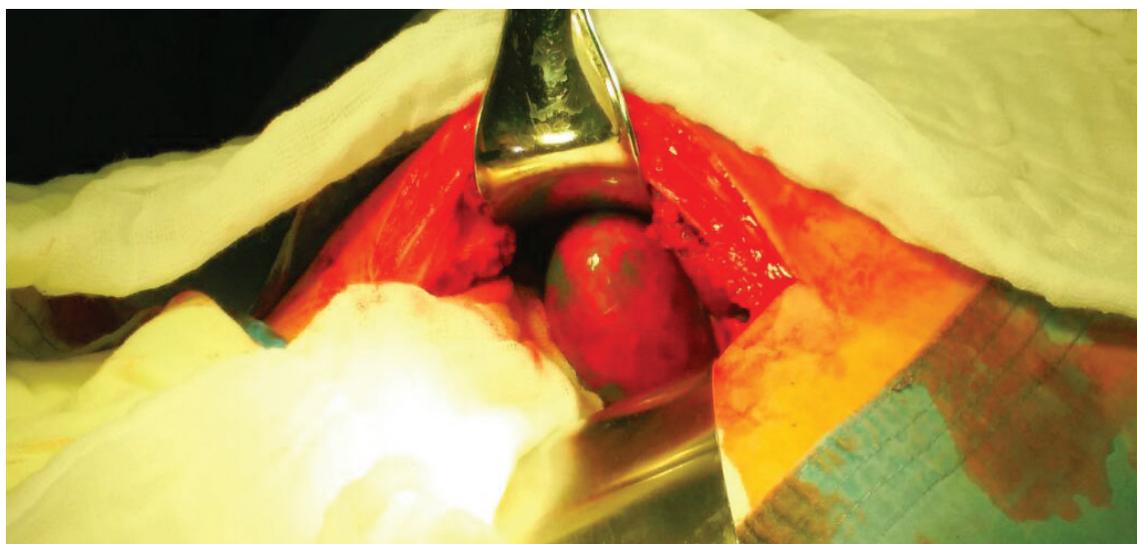


Imagen 2. Vesícula biliar.

Fuente: Elaboración propia, 2016.

Es importante recalcar los datos clínicos que pueden orientarnos hacia el diagnóstico de esta patología, dolor en hipocondrio derecho con migración a escápula, cuadrante superior derecho o epigastrio, fiebre, distensión abdominal, ausencia o disminución de ruidos peristálticos, náusea, vómito, anorexia, apoyados siempre en estudios de laboratorio como biometría hemática completa, PCR y VSG, examen general de orina así como ultrasonido, buscando los criterios mayores y menores que son indispensables.

La colecistitis alitiásica con diagnóstico histopatológico de colecistitis crónica folicular es un padecimiento raro, no se reportan casos frecuentes en pacientes adolescentes, la mayor parte abarca pacientes en edad pediátrica (menores de 11 años) o pacientes adultos de 40 años o más. La finalidad de dar a conocer este caso es mejorar nuestros conocimientos sobre otras patologías que pasan a veces desapercibidas en un primer nivel para así mejorar los conocimientos clínicos realizando siempre diagnósticos diferenciales basados en una adecuada historia clínica enfocada al paciente.

Referencias

- [1] Papadakis A. Colecistitis aguda. En: Papadakis A. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 52 ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2014. p. 704-5.
- [2] De Oliveira JSA, Véras LTE, Costa DMJA, Dantas FA, De Carvalho GC, De Sousa SR, et al. Acute acalculous cholecystitis in critically ill patients risk factors diagnosis and treatment strategies. JOP. J Pancreas 2016; 17(6):580-6.
- [3] De la Fuente LM, Catrip TJM. Colecistitis alitiásica. Certeza diagnóstica por ultrasonido. Rev Gastroenterol Mex 2006; 71(2):122-126.
- [4] Patiño JF. Colecistitis acalculosa. En: Patiño JF. Lecciones de Cirugía. Colombia: Panamericana; 2000. p. 654-60.
- [5] Quevedo GL. Colecistitis aguda. Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. Rev Cubana Cir 2007; 46(2):1-4.
- [6] Blasco AJ, Santiago GCE, Gil GR, Jiménez AC, Sánchez YP, Milano MG. Colecistitis aguda alitiásica en Pediatría. Una patología no tan rara. Rev Esp Enferm Dig 2014; 106(7):487-90.
- [7] Jaramillo SJG. Colecistitis aguda alitiásica en el curso de la fiebre tifoidea en niños. Rev Gastroent Perú 2001; 21(1):36-41.
- [8] Molina CF. Colecistitis calculosa aguda: Diagnóstico y manejo. Rev Med Cos Cen 2016; 73(618):97-9.
- [9] Melero FJL, Ortuño CJ, Nevárez HA, Yago BM, Berenguer M. Colecistitis aguda acalculosa asociado a infección por el virus de la hepatitis A. Gastroenterol Hepatol 2008; 31(7):433-5.
- [10] Gautreaux MS, Mora MM, Iglesias BC, Lorenzo G, Rodríguez FL. Colecistitis aguda alitiásica en paciente sin enfermedad subyacente. Anales de Pediatría 2014; 81(4):271-2.
- [11] Jiménez L, Montero FJ. Medicina de Urgencias. Guía Terapéutica. 3ed. España: Elsevier; 2010.
- [12] Blanco GA, Mier TSJ, Basto-Álvarez H. Colecistitis alitiásica. Salud en Tabasco 2001; 7(1):352-6.
- [13] Guyton A, Hall J. Tratado de Fisiología Médica. 12ª ed. España: Elsevier; 2005.
- [14] Motta RGA, Rodríguez TC. Abordaje diagnóstico por imagen en patología benigna de la vesícula y vía biliar. Asociación Mexicana de Cirugía Endoscópica, A. C. 2010; 11(2):71-9.
- [15] Asociación Mexicana de Cirugía General A. C. Guía de práctica clínica: Colecistitis. [Sitio en Internet]. México: AMCG; 2014 [consultado 05 de abril de 2017]. Disponible en <https://amcg.org.mx/images/guiasclinicas/>
- [16] Elwood DR. Colecistitis. Surg Clin N Am 2008; 88:1241-52.
- [17] Longo D, Fauci A. Harrison, Gastroenterología y Hepatología. México: Mc Graw Hill. 2013.

Recibido: 12 de mayo de 2017

Corregido: 30 de agosto de 2017

Aceptado: 31 de agosto de 2017

Conflicto de interés: No existe conflicto de interés