

Colecistitis litiásica aguda en el hombre. Presentación de un caso

REMIJ 2013;14(1):154-161

Acute gallstone cholecystitis in man: a case report

Edena Amaro Áreas¹, Lic. Margarita Ricardo Zaldivar², Raiza Viera Hernández³, Dr. Benedicto De Laz Castro⁴, Lic. María Terrero Rivero⁵, Dra. Márcia Licea Jiménez⁶

¹ Especialista de 1er. Grado en Cirugía General. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente

² Licenciada en Imagenología. Máster en Longevidad Satisfactoria. Profesor Asistente

³ Especialista Primer Grado Cirugía General. Profesor Asistente. Máster Urgencias Médicas.

⁴ Especialista MGI. Profesor Instructor, Msc. Atención Integral a la Mujer

⁵ Lic. Imagenología.

⁶ Especialista 1er. Grado en Imagenología, Msc. Procederes Diagnóstico en Atención Primaria. Profesor Asistente

RESUMEN

Se presentó el caso de paciente masculino con antecedentes de dolor abdominal de días de evolución, al examen físico se constató dolor a los golpes de Tos en el hipocondrio derecho, respiración superficial, dolor a la palpación y descompresión en hipocondrio derecho, punto y maniobra Murphy positiva. Se palpó vesícula biliar dolorosa, contractura voluntaria en todo el cuadrante superior derecho, por lo que se realiza el diagnóstico clínico de Colecistitis Aguda, se realizó ultrasonido abdominal donde se confirmó Colecistitis Litiásica Aguda, al informar vesícula biliar con litiasis en su interior, con paredes engrosadas. Se ingreso en el servicio de Cirugía siguiendo el protocolo para este tipo de caso establecido en dicho servicio.

Palabras clave: colecistitis litiásica aguda, vesícula biliar, ultrasonido abdominal

ABSTRACT

The case is presented of patient masculine with antecedents of abdominal pain of days of evolution; to the physical exam you verify pain to the blows of Cough in the right hypochondrium, superficial breathing, pain to the feeling and decompression in right hypochondrium, point and positive Murphy maneuvers. Vesicle painful biliar, voluntary contracture in the whole right superior quadrant was felt, for what is carried out the clinical diagnosis of Sharp Colecistitis, one carries out abdominal ultrasound where you confirms Colecistitis Sharp Litiásica, when informing vesicle biliar with litiasis in its interior, with augmented walls. He enters in the service of Surgery following the protocol for this case type settled down in this service.

Keywords: colecistitis litiásica acute, gall bladder, abdominal ultrasound

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda es una inflamación de la pared de la vesícula biliar, se debe en la gran mayoría de los casos a la presencia de cálculos en el interior de la misma.¹ Al mayor por ciento de todos los pacientes admitidos en centros hospitalarios con dolor abdominal se les diagnostica colecistitis aguda y requieren tratamiento quirúrgico para resolver la patología de base, las verdaderas medidas que se pueden aplicar es evitar las complicaciones que cuando aparecen elevan la morbilidad y la mortalidad². La colecistitis aguda es sin duda una de las patologías más comunes en el mundo, es tan antigua como la humanidad; se considera la segunda causa de abdomen agudo después de la apendicitis. En la Isla de la Juventud el comportamiento es similar al reportado en el mundo y en el resto del país. Del número total de operaciones electivas abdominales el 95% corresponde a litiasis vesicular.

Es frecuente motivo de consulta a diario en los servicios de urgencias y con frecuencia ocurre también que es en ese momento que el paciente se entera que es portador de cálculos en la vesícula.³ Son múltiples las complicaciones descritas, que incluyen hidrocolecisto, piocolecisto, gangrena, perforación vesicular, absceso,

plastrón peri vesicular, colédoco litiasis, pancreatitis biliar, fístula e íleo biliar, y otras más infrecuentes, como carcinoma o torsión vesicular.⁴

La colecistitis aguda calculosa es más frecuente en mujeres que en hombres (con una relación de 3 a 1 hasta los 50 años y luego es de 1,5 a 1, aproximadamente;^{4,5} sin embargo, como se había descrito previamente, es mayor la frecuencia de complicaciones en los hombres.⁶

El diagnóstico de colecistitis aguda es generalmente clínico, basado en el examen físico y la sintomatología del paciente y se confirma mediante la ecografía abdominal, es el método diagnóstico por excelencia, y los hallazgos son:

- distensión vesicular
- engrosamiento de la pared
- líquido peri vesicular
- el signo del doble contorno^{7,8}

El por ciento de los pacientes con colelitiasis que presenta bilis infectada es bajo, sin embargo la infección de la bilis es casi universal en los casos de colecistitis aguda, colédoco litiasis, estenosis u obstrucción biliar no tumoral. Los microorganismos más frecuentes en la bilis de la colecistitis aguda son las bacterias entéricas, entre ellas E coli, Klebsiella spp, Streptococcus fecalis, Clostridium welchii, Proteus spp, y Bacteroides.⁹ Pero en nuestro medio es infrecuente el estudio microbiológico de esta entidad.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de un paciente masculino de 44 años de edad de la raza blanca, obeso con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial tratada con Enalapril e Hidroclorotiazida y refería además que sufrió en el año 2008 de una enfermedad cerebro vascular transitoria, por lo que toma aspirina 1 tableta

diaria, con varios ingresos anteriores con el diagnóstico por examen físico y ecografía de colecistitis aguda. Por el tiempo de evolución de la enfermedad se decide tratamiento conservador siguiendo el protocolo de actuación aprobado para esta patología.

Acude a la unidad de urgencias de cirugía del Hospital General Docente "Héroes del Baire", Isla de la Juventud, por presentar dolor abdominal en hipocondrio derecho, mantenido, muy intenso, acompañado de vómitos y fiebre de 38.9 °C. El dolor no se alivió con analgésicos orales. Al examen físico se constató: Taquicardia 105', Hipertermia 38° C y a la exploración del abdomen dolor a los golpes de Tos en el hipocondrio derecho, respiración superficial, dolor a la palpación y descompresión en hipocondrio derecho, punto Murphy y maniobra Murphy positiva. Se palpó vesícula biliar dolorosa contractura voluntaria en todo el cuadrante superior derecho.

Se le realizó ultrasonido abdominal de urgencia que informó: Vesícula biliar que mide 111 X 28 mm con imagen de litiasis en el cuello que mide 26 mm, bilis de éxtasis, marcado edema perivesicular (15mm), las paredes de la vesícula miden 9 mm. Vías biliares no dilatadas.

Otros exámenes realizados

Eritrosedimentación: 30 mm/h

Leucograma: L $10,2 \times 10^2$

P 0,72

L 0,26

Eo 0,02

Coagulograma completo: normal

Creatinina: 100ml/l

Glicemia: 5,4ml/l

TGO: 2 UI

TGP: 7UI

Se interpretó el cuadro clínico como un Síndrome Inflamatorio Visceral Agudo y nosológicamente se planteó colecistitis litiásica aguda y se decidió :

- Ingreso en sala de Cirugía
- Dieta blanda sin grasa.
- Dipirona (600mg) —cada 8h si dolor intenso
- Benadrilina (20mg)—cada 8h si dolor intenso
- Papaver (100mg) —cada 8h
- Bolsas frías en hipocondrio derecho
- Ranitidina (50mg) 3amp ev cada 12 horas
- Ampicillín (100mg) 1 bbo ev cada 8 horas.

A los siete días de ingresado comenzó con dolor en hipocondrio derecho, ligero ictero se realizo ultrasonido abdominal donde se encontró la vesícula biliar que media 99x24mm con paredes en 7mm , ligero edema perivesicular y la imagen de litiasis antes reportada, vías biliares intrahépticas que miden 4mm.

Se suspendió la vía oral, analgésicos (dipirona y avafortan) y antibiótico terapia (metronidazol, cefazolina y gentamicina).

Con este tratamiento, mejoró el paciente y fue dado de alta a los 15 días posteriores al ingreso.

Es seguido por consulta externa de cirugía y en el mes de Mayo se prepara para tratamiento quirúrgico electivo por litiasis vesicular. Se interviene quirúrgicamente en el salón de cirugía por mínimo acceso (Laparoscopia) realizándosele Colectomía. En el transoperatorio se abre accidentalmente la vesícula biliar encontrándose pus en su interior (picolecisto), por lo que se añade antibióticos parenterales.

El paciente se recupera exitosamente de la intervención quirúrgica y es dado de alta. Posteriormente se recibe la biopsia por parafina que informa Colecistitis Litiásica Crónica. El paciente en estos momentos se encuentra asintomático y tolera todo tipo de alimento.

DISCUSIÓN

La estadía hospitalaria corta y la deambulación precoz son unas de las ventajas que ofrece la cirugía mínimamente invasiva, y va a estar dada, fundamentalmente, por el confort posoperatorio de los pacientes, debido a que la colecistectomía laparoscópica causa menor dolor y precisa menos consumo de analgésicos y antieméticos que la convencional; asimismo, el período de incapacidad es más corto y se obtienen excelentes resultados en la calidad de vida.¹⁰

En trabajos revisados y como plantea la literatura el sexo femenino resulta ser el predominante, con una relación de 3 a 1, autores como Telfer¹¹ afirman que a medida que aumentan los años de los enfermos, se equiparan las cifras de hombres y mujeres. No se encontró en la literatura revisada casos semejantes al que se presenta.

A pesar del examen físico realizado es la ecografía el medio diagnóstico ideal para confirmar la existencia o no de colecistitis aguda litiasica, es de gran valor en la

evolución de la misma. El protocolo de actuación que se sigue en estos permite además determinar patología asociada.

La terapéutica antibiótica de primera línea no es efectiva en todos los casos, este caso reafirma la terrible amenaza que presupone en nuestro medio la creciente resistencia que expresan los gérmenes a los antibióticos habituales.¹²

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Domínguez-Adame Lanuza E, Márquez Platero R, Gutiérrez de la Peña C, García Molina F, Gil Quirós J. Colecistitis aguda litiásica asociada a *Brucella melitensis*. Presentación de un caso y revisión de la bibliografía. *Cir Esp*. 2000; 68:71-3.
2. Pardo Gómez G. Litiasis biliar. En: *Cirugía*. Tomo III. García Gutiérrez A y Pardo Gómez G. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2007.
3. Patiño JF. Colecistitis aguda. Disponible en: http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Alteraciones_Gastrointestinales/Colecistitis_aguda.pdf. Fecha de descarga: 9 de marzo de 2008.
4. Urbach D, Stukel T. Rate of elective cholecystectomy and the incidence of severe gallstone disease. *CMAJ*. 2005;172:1015-9.
5. The southern surgeons club. A prospective analysis of 1518 laparoscopic cholecystectomies. *N Eng J Med*. 2006;324:1073-8.
6. Bejarano M. ¿Podemos predecir la necrosis vesicular? *Rev Colom Cir*. 2003;18:203-10.
7. Pasanen P, Partanen K, Pikkarainen P, Alhava E, Pirinen A, Janatuinen E. Ultrasonography, CT and ERCP in the diagnosis of choledochal stones. *Acta Radiol*. 1992;33:53-56.

8. Scanlan KA. Sonographic artifacts and their origins. AJR. 1991;156:1267.
9. Patiño JF. Colecistitis aguda. Capitulo V, , Pág. 732-735. Citado: 23 de febrero 2012. Disponible en: http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/gastrointestinales/Colecistitis_aguda.pdf
10. Rodríguez Lorenzo Simón, Sánchez Portela Carlos A, Acosta González Luis R, Sosa Hernández Roberto. Costes: colecistectomía laparoscópica frente a colecistectomía convencional. Rev Cubana Cir [revista en la Internet]. 2006 Dic [citado 2012 Feb 26] ; 45(3-4): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932006000300005&lng=es.
11. Telfer S, Fenyo G, Holt PR, Dombal FL. Acute abdominal pain in patient over 50 years of age. Scand Jour Gastroenterol. 1988;suppl114:47.
12. Álvarez Almanza D, Benito Kindelán Y. Evaluación de la resistencia de los antibióticos en enterobacterias aisladas en Isla de la Juventud. REMIJ. 2007; 8 (2). [citado 2012 Feb 26]. Disponible en: <http://www.ijv.sld.cu/Sitios/revistaWP/?p=848>.