

COLECISTITIS ACALCULOSA

La colecistitis acalculosa es una enfermedad caracterizada por la inflamación aguda de la vesícula biliar en ausencia de cálculos. Es una patología poco frecuente, responsable del 2 al 15% de todas las colecistitis. Su incidencia está aumentando, asociándose en el 85% de los casos con una patología grave.

A diferencia de la colecistitis litiásica, que presenta un predominio en el sexo femenino, la colecistitis alitiásica es más frecuente en varones, con una relación 2,1:1. La edad promedio de aparición son los 65 años. Las manifestaciones clínicas no difieren demasiado de las de la colecistitis litiásica. En la mayoría de los casos se encuentra asociada a trauma, sepsis, posoperatorio de cirugía no biliar, quemaduras extensas, transfusiones múltiples, alimentación parenteral, asistencia respiratoria mecánica con presión positiva, puerperio y empleo de narcóticos. También se ha descrito en pacientes con SIDA e infecciones por citomegalovirus y en niños con enfermedades prolongadas e infecciones primarias, tales como escarlatina y tifoidea.

Se han postulado numerosas teorías para explicar la patogénesis de esta enfermedad, admitiéndose actualmente una génesis multifactorial. Una de las teorías sugiere que el aumento de la viscosidad de la bilis, por estasis, sería el factor más importante. El espesamiento de la bilis, con un aumento de la concentración de sales biliares, podría obstruir el cístico, y componentes normales de la bilis, como la lisolecitina y ácidos biliares podrían lesionar la mucosa. Esta posibilidad está sustentada clínicamente por la asociación de colecistitis agudas alitiásicas con ayuno, empleo de narcóticos, deshidratación, anestesia, nutrición parenteral, causas que a su vez se asocian con estasis vesicular. **Figura 1**

Las signos y síntomas clásicos de la colecistitis, como fiebre, dolor en el hipocondrio derecho y leucocitosis, están ausentes en la mayoría de los casos de colecistitis acalculosa. En un 65% de los casos existe fiebre mayor de 38°C y en un 25% de los casos puede presentarse como fiebre de origen desconocido. El dolor está presente en la mayoría de los casos, localizado en el hipocondrio derecho en un 70% y difuso en un 30% de los pacientes. En aproximadamente la mitad de los casos puede existir defensa o una masa palpable.

En un 80% de los casos existe leucocitosis mayor de 11.000 y en un porcentaje similar hay aumento de enzimas hepáticas, bilirrubina y amilasas. Obviamente, múltiples causas pueden explicar estos cambios bioquímicos en los pacientes en terapia intensiva. Los resultados de distintos informes indican que entre el 40 y el 100% de los pacientes con colecistitis alitiásica presentan una enfermedad avanzada con gangrena, empiema o perforación. La elevada incidencia de gangrena de la vesícula indica la importancia de la isquemia en la patogénesis y la rapidez con la cual progresa la enfermedad

El Ultrasonido Abdominal (USG) es un buen método diagnóstico, con sensibilidad variada de 67 a 92% y especificidad mayor de 90%. Podemos observar espesamiento de la pared de la vesícula (mayor de 4mm) en ausencia de ascitis, líquido pericolecístico, edema subsériseo, colección pericolecística, gas intramural o la señal de Murphy ultrasonográfica. (**Figura 2, Panel A y B**) La presencia de colecciones y de gas intramural indican enfermedad más avanzada.

La Tomografía Computadorizada (TC) de abdomen puede mostrar las mismas alteraciones del USG, pero con sensibilidad y especificidad mayores de 95%. Además permite diferenciar otras enfermedades intra-abdominales. Algunos autores indican la realización de una TC de abdomen en todos los pacientes con sospecha de colecistitis acalculosa, pero con USG abdominal normal. (**Figura 2, Panel C y D**)

La base del tratamiento ha sido la colecistectomía. La colecistostomía es una alternativa en aquellos enfermos inestables y de alto riesgo para someterse a anestesia general. La colecistostomía percutánea está ganando aceptación como una alternativa a los procedimientos abiertos en este grupo de enfermos.

La antibioticoterapia es el otro pilar fundamental del tratamiento, deberá estar dirigida para cubrir a las bacterias más frecuentemente aisladas en estos casos, de las que destacan *E.coli*, *Klebsiella* y *Enterococcusfaecalis*.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Glenn F, Becker CG.** Acuteacalculouscholecystitis: anincreasingentity. Ann Surg 1982;195:131–136.
2. **Johanning JM, Gruenberg JC.** Thechangingface of cholecystectomy. Am Surg1988;64:643–647.
3. **Kalliafas S, Ziegler DW, Flancbaum L.**Acuteacalculouscholecystitis: incidence, riskfactors, diagnosis, and outcome. Am Surg 1998;64:471–475.
4. **Barie PS, Fischer E.** Acuteacalculouscholecystitis. J Am CollSurg 1995;180:232–244
5. **Lillemoe KD, Pitt HA, Kaufman S.**Acutecholecystitisoccurring as a complication of percutaneoustranshepaticdrainage. SurgGynecolObstet989;168:348–356

FIGURAS

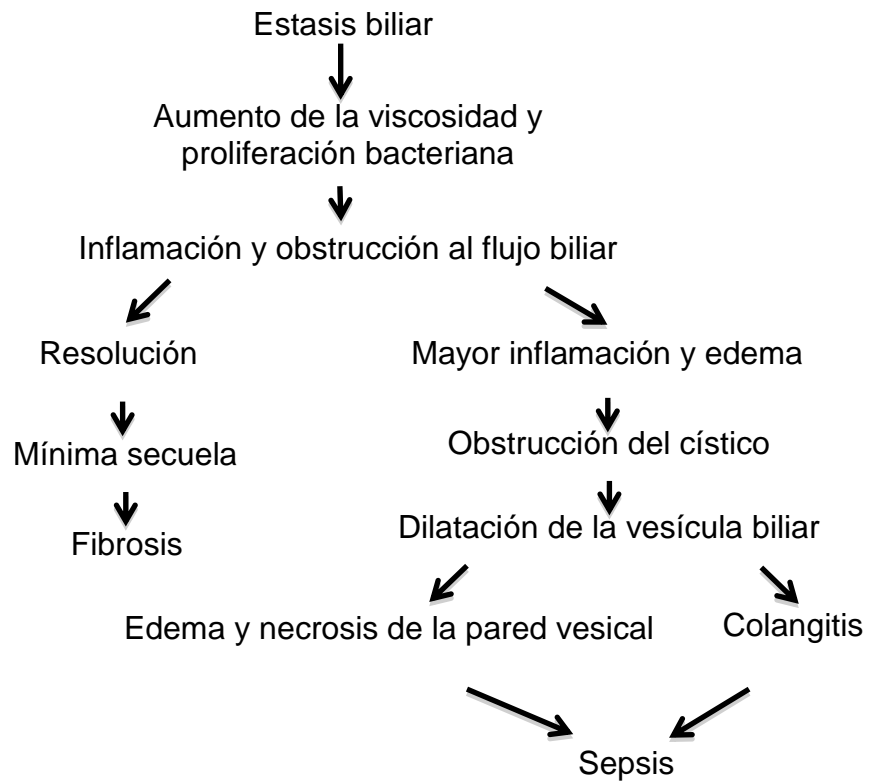


Figura 1. Fisiopatogenia de la colecistitis alitiasica

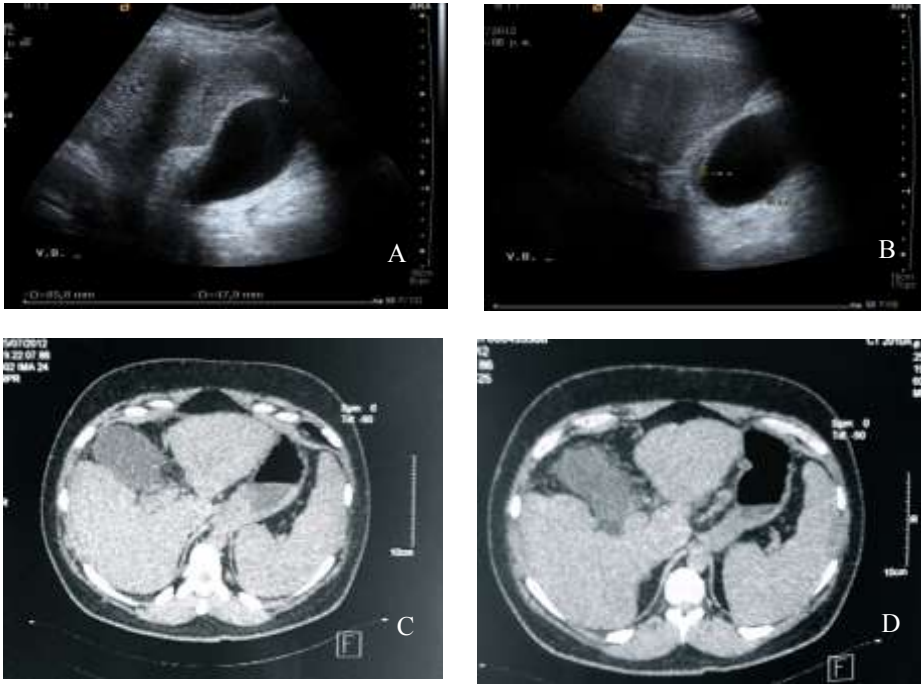


Figura 2. Estudios de imagen en un enfermos con colecistitis acalculosa. **A-B)** Ultrasonido en donde se observa dilatación de la vesícula biliar, engrosamiento de la pared y doble contorno. **C-D)** Tomografía axial computada en donde se observa dilatación de la vesícula biliar, engrosamiento de la pared y líquido perivesicular.