



DOI: 10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.341-347

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/798>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Reporte de caso

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 341-347



Colecistitis enfisematosa (neumobilia). A propósito de un caso

Emphysematous cholecystitis (pneumobilia). About a case

Colecistite enfisematosa (pneumobilia). Um relatório de caso

Jaime David Correa Ochoa¹; Nuria Paulette Escandón Feijóo²; Lorena Estefania Castillo Apolo³; Celina Alejandra Ruiz Abril⁴

RECIBIDO: 15/11/2021 **ACEPTADO:** 05/12/2021 **PUBLICADO:** 30/01/2022

1. Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria; Médico; Investigador Independiente; Guayaquil, Ecuador; jaimecorrea94@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-6098-7722>
2. Master Universitario en Dirección y Gestión Sanitaria; Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; pauti-13@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0001-5292-6372>
3. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; lore_estef19@hotmail.es; <https://orcid.org/0000-0003-0405-3479>
4. Médico; Investigadora Independiente; Guayaquil, Ecuador; celiale_88@hotmail.com; <https://orcid.org/0000-0003-0019-8216>

CORRESPONDENCIA

Jaime David Correa Ochoa
jaimecorrea94@hotmail.com

Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

La Colecistitis enfisematosa es una patología infrecuente con una relación entre 7:1 a 7:3 de presentación entre el sexo masculino y femenino, asociada generalmente como factor de riesgo en hombres con diabetes mellitus, rango de edades entre los 50-70 años y una tasa de mortalidad del 25%, está caracterizada por la presencia de aire en las paredes de la vesícula, causada por bacterias. Se presenta caso clínico de paciente de sexo femenino de 67 años de edad, que asiste a centro de salud por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución, caracterizado por somnolencia, disnea de mínimos esfuerzos y taquipnea. Se le realizan todos los exámenes correspondientes, diagnosticándose con colecistitis enfisematosa aparte de sepsis de partes blandas, como tratamiento quirúrgico se realiza colecistectomía laparoscópica + colectomía con colostomía terminal, días después la paciente fallece a causa de un shock séptico. Esta es una patología que, a pesar de ser infrecuente, tiene altas tasas de mortalidades en sus pronósticos post quirúrgicos. El diagnóstico por imagen es importante ya que se puede presentar con síntomas parecidos a una colecistitis aguda no complicada y su rápida sospecha puede generar un tratamiento quirúrgico oportuno, como es una colecistectomía abierta o laparoscópica sumado a antibióticos.

Palabras clave: Colecistectomía, Masculino, Diabetes, Gas, Bacterias.

ABSTRACT

Emphysematous cholecystitis is an infrequent pathology with a ratio between 7:1 to 7:3 of presentation between the male and female sex, generally associated as a risk factor in men with diabetes mellitus, age range between 50-70 years and a mortality rate of 25%, is characterized by the presence of air in the walls of the vesicle, caused by bacteria. A clinical case of a 67-year-old female patient is presented, who attends a health center for presenting a clinical picture of 3 days of evolution, characterized by drowsiness, dyspnea on minimal exertion and tachypnea. All the corresponding tests were performed, diagnosing emphysematous cholecystitis apart from sepsis of soft tissues, as surgical treatment laparoscopic cholecystectomy + colectomy with terminal colostomy was performed, days later the patient died due to septic shock. This is a pathology that, despite being infrequent, has high mortality rates in its post-surgical prognosis. Imaging diagnosis is important since it can present with symptoms similar to acute uncomplicated cholecystitis and its rapid suspicion can lead to timely surgical treatment, such as open or laparoscopic cholecystectomy in addition to antibiotics.

Keywords: Cholecystectomy, Male, Diabetes, Gas, Bacteria.

RESUMO

A colecistite enfisematosa é uma patologia pouco frequente com uma relação entre 7:1 a 7:3 de apresentação entre o sexo masculino e feminino, geralmente associada como fator de risco em homens com diabetes mellitus, faixa etária entre 50-70 anos e uma taxa de mortalidade de 25%, é caracterizada pela presença de ar nas paredes da vesícula, causado por bactérias. É apresentado um caso clínico de uma paciente do sexo feminino de 67 anos, que frequenta um centro de saúde por apresentar um quadro clínico de 3 dias de evolução, caracterizado por sonolência, dispneia com esforço mínimo e taquipneia. Todos os testes correspondentes foram realizados, diagnosticando colecistite enfisematosa para além da sepsis de tecidos moles, uma vez que foi realizado o tratamento cirúrgico colecistectomia laparoscópica + colectomia com colostomia terminal, dias depois a paciente morreu devido a choque séptico. Esta é uma patologia que, apesar de pouco frequente, tem altas taxas de mortalidade no seu prognóstico pós-cirúrgico. O diagnóstico por imagem é importante uma vez que pode apresentar sintomas semelhantes à colecistite aguda não complicada e a sua rápida suspeita pode levar a um tratamento cirúrgico atempado, como a colecistectomia aberta ou laparoscópica, para além dos antibióticos.

Palavras-chave: Colecistectomia, Masculino, Diabetes, Gás, Bactérias.

Introducción

La colecistitis enfisematosa es una rara variante de la colecistitis aguda caracterizada por la presencia de aire en las paredes de la vesícula infectada por bacterias, generalmente *Clostridium Perfringens*. Evoluciona como una sepsis rápidamente progresiva con gran mortalidad y morbilidad asociada, por lo que se considera una urgencia quirúrgica (Rodríguez Rodríguez et al., 2014). Su frecuencia predomina en hombres (7:3), siendo el 40% de ellos diabéticos. La clínica es indistinguible de una colecistitis aguda, pero la enfisematosa tiene mayor riesgo de complicaciones como perforación o gangrena (Ungson-García & González-Vergara, 2014).

El aumento en la frecuencia y la gravedad de la infección está directamente relacionado con el estado metabólico. La mayor propensión a la infección en los pacientes diabéticos mal controlados, es atribuible a la presencia de hiperglucemia y acidosis, que resultan en una reducción de la movilidad de los fagocitos en las áreas de infección y, también, de la actividad antimicrobiana. Además, se han postulado alteraciones del sistema inmunitario, incluyendo reducción de la población total de linfocitos T, así como concentraciones más bajas de inmunoglobulinas (Escobar et al., 2015).

Los estudios patológicos de la vesícula biliar en casos de colecistitis enfisematosa han informado alta incidencia de endarteritis obliterante y oclusión de la arteria cística, lo que lleva a un ambiente isquémico en donde los microorganismos productores de gas se reproducen, lo que da lugar a ingreso de gas en la pared de la vesícula biliar. Esta teoría se apoya en los casos informados después de reanimación cardiopulmonar con hipoperfusión sistémica y 'embolización' arterial transhepática. Además, la distensión de la pared de la vesícula genera una fuga de gas a través de la mucosa intacta, con propagación hacia las capas perimusculares, por debajo de la serosa.

Incluso se puede propagar a la cavidad peritoneal, siendo una rara causa de neumoperitoneo (Obeid et al., 2020).

El diagnóstico se realiza mediante técnicas de imagen, comenzando habitualmente por ecografía abdominal, pero desembocando en la mayoría de las ocasiones en TC abdominal, debido a la dificultad de visualización de la vesícula dado que el gas da una imagen ecográfica de ecos brillantes que imposibilitan la visión de las estructuras adyacentes. En la ecografía, si el gas es intraluminal podremos observar un prominente foco hiperecogénico en posición antideclive con artefacto "en cola de cometa"; por el contrario, sin el gas es intramural, suele mostrar una configuración semicircular con sombra acústica posterior, pudiendo simular una calcificación de la pared o una vesícula llena de litiasis. La TC se suele realizar con contraste intravenoso yodado en fase portal, con hallazgo típico de gas en la luz vesicular, pared o en ambas. A menudo no se asocia a colelitiasis, si bien la perforación de la vesícula es cinco veces más frecuente en la colecistitis enfisematosa que en la colecistitis secundaria a colelitiasis (Márquez et al., 2021).

Presentación de caso clínico

Paciente de sexo femenino de 67 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, neuropatía no especificada (paresia de miembros inferiores), CA riñón derecho, litiasis biliar, escara sacra grado V y antecedentes quirúrgicos de osteosíntesis muñeca izquierda y apendicetomía. Que asiste a centro de salud por presentar cuadro clínico de 3 días de evolución, caracterizado por somnolencia, disnea de mínimos esfuerzos y taquipnea. Prueba Covid positivo, durante su estancia hospitalaria necesito requerimiento dialítico, pero por inestabilidad hemodinámica se suspendió sesión de hemodiálisis TA 80/50 con soporte vasopresor con mala mecánica ventilatoria, soporte de oxígeno a través de mascarilla de no reinhalacion saturando 89%.

Diagnósticos

- Sepsis de partes blandas
- Choque séptico foco abdominal (colecistitis enfisematosa (neumobilia)).

Intercurrencias

- Insuficiencia renal crónica reagudizada con necesidad de hemodiálisis.

1. Examen físico

1.1. Exámenes por imágenes



Imagen 1. Radiografía de abdomen.

Fuente: Los Autores.

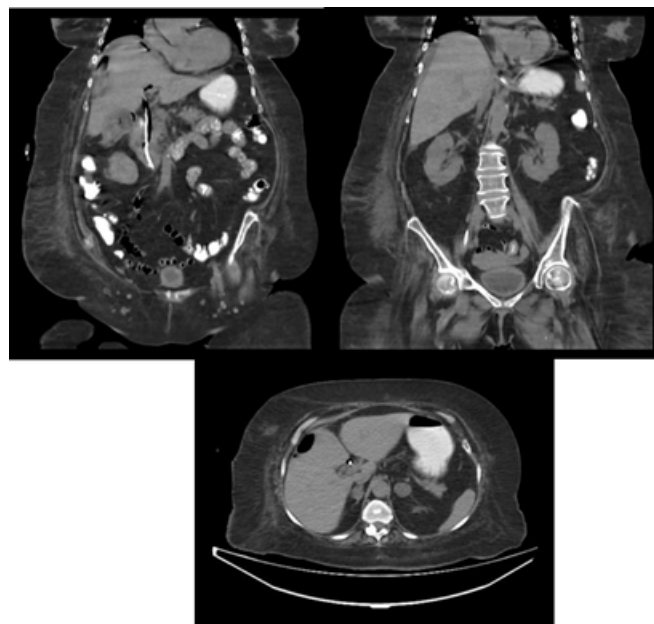


Imagen 2. TAC de abdomen.

Fuente: Los Autores.

1.2. Neurológico

Sin sedantes, four score 13. Reflejos troncales presentes

1.3. Cardiovascular

Hemodinamciamente estable sin soporte vasopresores con RSCS rítmicos, no soplos, no tercer ruido, no ruido agregados con TAM: 75 mmhg con FC :85 LPM con llenado capilar 2s con buena perfusión periférica, control de HB :10.3.

1.4. Respiratorio

Por traqueostomía con respiraciones espontaneas, 12 horas en traqueo en T con buena tolerancia, CS PS rales en base derecha, soporte de oxígeno SPO2 :97%.

1.5. Digestivo

Abdomen blando depresible no doloroso con RSHS presentes colecistostomia con debido de características fecaloideas, colostomía funcional con debito de 150 cc en se deja en NPO por procedimiento quirúrgico.

1.6. Renal / Metabólico

Diuresis de 1600 cc a base de diuréticos con azoados urea: 96, creat:1.13 con medio interno NA: 143, K: 3.42, CL:102,

1.7. Infeccioso

Afebril con marcadores infecciosos con tendencia al ascenso PCR: 154, I/K:457, PRO-CAL:0.30, leucocitos :18.11

1.8. Osteomuscular

Escara sacra grado IV, intertrocantérea a bilateral grado IV.

2. Procedimiento quirurgo: colecistectomía laparoscópica + colectomía con colostomía terminal.

2.1. IC cirugía pulmonar

Paciente en decúbito dorsal, con efecto de sedo-analgésia, con hiper-extension cervical, con asepsia y antisepsia, se colocan

campos quirúrgicos, previo retiro de tubo endotraqueal con balón de presión hasta las cuerdas vocales por parte de fisioterapia respiratoria.

Se realiza incisión de 2 cm en cuello y se profundiza por oplanos hasta llegar a tráquea seccionando istmo de tiroides, se introduce aguja canulada hasta llegar a vía aérea, comprobando con burbujeo en jeringuilla, mediante técnica de seldinger se introduce guía metálica.

Se realiza punto con Vicryl para fijación de tráquea, incisión en V para traqueoplastia y se introduce dilatador, luego se dilata progresivamente hasta 41FR realizando laringoscopia directa, se coloca traqueostomo TRACOE N° 8 DCT, se insufla balón, conectando a ventilación mecánica asistida, y se comprueba permeabilidad y correcto funcionamiento de traqueostomo, buena expansión torácica, saturación 97%.

2.2. IC cirugía

- Síndrome adherencial
- Colección subfrénica derecha
- Colección subhepática derecha
- Colecistitis aguda Parkland V

2.3. IC cirugía plástica

- Bajo anestesia indicada
- Asepsia y antisepsia de región sacra y de región trocantérea derecha a nivel de región sacra
- Hallazgos antes encontrados: exéresis de ulcera sacra.
- Realización de osteotomía complementaria que incluye cóccix
- Lavado con dermojet y colocación de solución dakin en zona desvitalizada
- Colocación de apósitos empapados de sulfadiazina de plata
- Control de hemostasia

- • Vendaje de cadera

3. A nivel de región trocantérica derecha

- Hallazgos antes encontrados: exeresis de ulcera trocantérica
- Realización de osteotomía
- Lavado con dermojet y colocación de solución Dakin en zona desvitalizada
- Control de hemostasia
- Colocación de sistema VAC
- Vendaje de cadera.

Evolución: paciente reportado de grave el cual se encuentra en cuidado hospitalario, traqueostomizado con ventilación mecánica invasiva modo soporte control sin uso de vasopresores que viene en seguimiento por cirugía plásticas por escara sacra grado IV con exposición ósea en seguimiento por cirugía general por colecistostomía más colostomía la cual presento fuga de contraste al examen de control y fue reintervenida fijando colecistostomía y drenando contenido purulento de 500cc con dos drenes con colección hemática intercorre con elevación de marcadores posterior a intervención quirúrgica por lo cual se indica agregar antibioticoterapia colistina en seguimiento por nefrología quien solicita aclaramiento creatinina en seguimiento por cirugía general. Paciente fallece por presentar shock séptico.

Discusión

En el caso aquí presentado, se confirma la mortalidad de esta patología, ya que en el caso de estudio la paciente fallece a causa de un shock séptico debido a complicaciones, la edad frecuente en la que se presenta, entre los 50 y 70 años de edad, rango de edad que concuerda con la paciente de este caso con 67 años, infrecuente también en pacientes femeninas donde la relación puede estar entre 7:1 a 7:4 con respecto al sexo masculino, sin embargo en pacientes de sexo femenino no hay mucha descrip-

ción acerca de los factores de riesgo asociados a diferencia del sexo masculino que se asocia más con antecedentes de diabetes mellitus. El diagnóstico también es confirmado por la realización de TC abdominal y radiografías y como tratamiento lo definitivo es quirúrgico al tener que realizarse una colecistectomía.

Conclusiones

Esta es una patología que ha pesar de ser infrecuente, tiene altas tasas de mortalidades en sus pronósticos post quirúrgicos. El diagnóstico por imagen es importante ya que se puede presentar con síntomas parecidos a una colecistitis aguda no complicada y su rápida sospecha puede generar un tratamiento quirúrgico oportuno, como es una colecistectomía abierta o laparoscópica sumado a antibióticos.

Bibliografía

- Escobar, F., Vega, N. V., & Valbuena, E. I. (2015). Colecistitis enfisematosa, revisión bibliográfica y presentación de tres casos. *Revista Colombiana de Cirugía*, 30(2), 106–111.
- Márquez, I. G., Portillo, Á. M., & Sánchez, E. M. (2021). Colecistitis enfisematosa, correlación entre ecografía y tc y diagnóstico diferencial. una patología infrecuente. *Revista Andaluza de Patología Digestiva*, 44(1), 25–27.
- Obeid, J. A., García Hevia, A., Canga, A. V., & Fernández, P. M. (2020). Colecistitis enfisematosa: presentación de tres casos. *Revista Argentina de Cirugía*, 112(1), 43–50. <https://doi.org/10.25132/raac.v112.n1.1441.es>
- Rodríguez Rodríguez, V., Tusa, C., Revelles Medina, I., Berenguel Martínez, P., Quero Pastor, J., & Sánchez Sánchez, J. C. (2014). COLECISTITIS ENFISEMATOSA DIAGNOSTICADA POR RADIOLOGÍA SIMPLE DE ABDOMEN. LA IMPORTANCIA DE LA LECTURA DE LA PLACA SIMPLE EN ATENCIÓN PRIMARIA. Congreso Nacional de Medicina General y de Familia.
- Ungson-García, F., & González-Vergara, C. (2014). Colecistitis enfisematosa. *Acta Médica Grupo Ángeles*, 12(4), 219–220.

CITAR ESTE ARTICULO:

Correa Ochoa, J. D., Escandón Feijóo, N. P., Castillo Apolo, L. E., & Ruiz Abril, C. A. (2022). Colecistitis enfisematosa (neumobilia). A propósito de un caso. RECIAMUC, 6(1), 341-347. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.\(1\).enero.2022.341-347](https://doi.org/10.26820/reciamuc/6.(1).enero.2022.341-347)

