Rev Clin Esp. 2015;215 (Espec Congr):444

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

I-109 - COLECISTITIS ALITIÁSICAS: ¿UN MAL EVITABLE?

E. Urdiales, M. Lozano, L. Moreno, C. Suso, A. Dávila, J. Morales, N. Etxebarrieta, E. Calvo

Servicio de Medicina Interna. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

Resumen

Objetivos: La colecistitis alitiásica es un proceso inflamatorio agudo de la vesícula biliar en ausencia de litiasis, siendo el 5-10% de las colecistitis agudas. Suele tener un origen multifactorial y en más del 50% de casos no se encuentra causa subyacente. Las manifestaciones clínicas son indiferenciables de las litiásicas. El objetivo del estudio es conocer las causas predisponentes que pueden favorecer esta patología de cara a prevenir su posible aparición.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional analizando los datos de CMBD de los pacientes ingresados en el Hospital Clínico San Carlos de Madrid, entre 2012 y 2014, con diagnóstico de colecistitis aguda, revisándose factores de riesgo, antecedentes personales, diagnóstico, radiología y evolución de las de origen alitiásico.

Resultados: Se obtuvo un total de 178 casos, de los cuales 42 fueron diagnosticados de colecistitis alitiásicas, siendo la media de edad de 71,5 años, con un intervalo de 34 a 97, con mayor afectación del sexo masculino (52,38%, n = 22), no significativa, frente al femenino (47,62%, n = 20). Durante el ingreso actual o reciente (< 1 mes), en el 33,3% de los pacientes (n = 14) se objetivó un proceso agudo previo como posible factor precipitante, desarrollándose tras sepsis grave 21,4% (n = 3: 2 respiratoria, 1 urinaria); postoperatorio 21,4% (n = 3: 1 apendicitis, 1 fractura de cadera, 1 fractura de rodilla); insuficiencia cardiaca 14,3% (n = 2: 1 con anemización por síndrome (sd.) mielodisplásico que requirió transfusión sanguínea, acompañado de bajo gasto con FEVI 25%, y 1 con hemoptisis); tromboembolismo pulmonar 14,3% (n = 2: 1 con soporte ventilatorio en UCI, 1 con infarto pulmonar); inmunodepresión 14,3% (n = 2: 1 quimioterapia, 1 cáncer vesicular); infarto agudo de miocardio 7,15% (n = 1); ablación de arritmia 7,15% (n = 1, que precisó anestesia). El 83,3% de los pacientes (n = 35) presentaban factores de riesgo cardiovascular: hipertensión arterial 91,42% (n = 32), dislipemia 74,28% (n = 26), tabaquismo 28,57% (n = 10) y diabetes mellitus 22,85% (n = 8). Respecto a enfermedades subyacentes en pacientes que desarrollaron colecistitis alitiásica cabe destacar patología cardiaca (cardiopatía isquémica, IC crónica, arritmias) 30,95% (n = 13); inmunosupresión (quimioterapia: autoinmunes (AR, LES), cánceres, trasplante, sd. mielodisplásico) 19% (n = 8); insuficiencia renal crónica 16,6% (n = 7); anemia 7,14% (n = 3), insuficiencia respiratoria 7,14% (n = 3); consumo previo de drogas por vía parenteral 4,76% (n = 2). El diagnóstico se realizó con ecografía abdominal en 73,8% y con TC abdominal en 26,2%, con un 16,6% (n = 7) de colecistitis complicadas (gangrenosa, enfisematosa). Se objetivó un 14,28% de diagnósticos iniciales sin presencia de litiasis (n = 6), pero que posteriormente al realizar la biopsia de la pieza patológica, necropsia o por control ecográfico de < 1 mes al diagnóstico inicial sí se pudo

documentar esa litiasis. Se realizó cirugía en un 45,23% de los pacientes(n = 19), con tratamiento conservador en el resto. La mortalidad total fue de 7,14% (n = 3).

Discusión: Para el desarrollo de las colecistitis alitiásicas parecen influir múltiples factores desencadenantes que aumentan el riesgo de producir dicha patología, por mecanismos de hipoperfusión vascular de la vesícula o por estasis biliar. La hipoperfusión vascular está presente en los estados de shock de cualquier etiología, como cirugía previa, procesos sépticos e inmunosupresión; y respecto a la estasis biliar se constató el antecedente de diabetes mellitus, no habiéndose encontrado en este estudio otros factores favorecedores como opioides y nutrición parenteral). No se ha objetivado clara diferencia entre sexos, pero sí respecto a la edad siendo más frecuente en edad avanzada, lo que iría a favor de que sean pacientes con más patología de base. Por último, la ecografía/TC abdominal es de gran valor clínico para un diagnóstico precoz para disminuir el riesgo de complicaciones.

Conclusiones: Ante un paciente pluripatológico con factores predisponentes se recomienda una adecuada hidratación y nutrición, junto con tratamiento antibiótico dirigido al agente causal en caso de sepsis, con control de constantes para no favorecer la hipoperfusión vascular y/o estasis biliar, circunstancias precipitantes de una colecistitis alitiásica. Su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para evitar su elevada morbi-mortalidad.

0014-2565 / © 2015, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.