

Imagen con valor diagnóstico

Dra. N. Bargalló Alabart

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Clínico y Provincial de Barcelona

Historia clínica

Mujer de 65 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II, que presenta dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y que irradia hacia la escápula derecha. El dolor se acompaña de náuseas y vómitos.

En la exploración física destaca fiebre, espasmo muscular abdominal y dolor a la palpación en hipocondrio derecho, que limita la respiración. La analítica sanguínea evidenció una leucocitosis e hiperglucemia.

Exploración complementaria

En la radiografía simple de abdomen destaca una imagen radiolúcida ovalada, bien delimitada, localizada en hipocondrio derecho. Es una imagen de contornos regulares, donde no se aprecian imágenes de haustras ni de pliegues mucosos, pudiéndose descartar que sea gas intestinal. La localización y aspecto morfológico de la imagen radiológica hacen sospechar el diagnóstico de colecistitis enfisematosa.

Interpretación y comentario

La colecistitis enfisematosa es una variante de la colecistitis aguda. Se presenta con más frecuencia en varones de edad avanzada y se asocia con la diabetes mellitus. El crecimiento de bacterias en la vesícula biliar está aparentemente facilitado por la oclusión del conducto cístico por un cálculo; pero en casi el 50% de los casos se observa que la vesícula es alitiásica.

Los gérmenes implicados en esta entidad suelen ser organismos productores de gas, principalmente *Clostridium welchii* y *Clostridium oedematiens*, pero también *Escherichia coli*, estreptococos y otras bacterias de origen intestinal.

Radiológicamente es importante destacar que no aparece gas sino hasta 24-48 horas después de iniciarse el cuadro. La disposición del gas puede ser intramural, deli-

mitando la pared vesicular o bien intravesicular, donde puede observarse un nivel hidroaéreo en la radiografía de abdomen simple en bipedestación.

El diagnóstico diferencial de enfisema vesicular (Fig. 1) debe hacerse principalmente con antecedente de intervención quirúrgica de las vías biliares y la fístula biliar, ya sea por infiltración neoplásica o por la presencia de íleo biliar. La presencia de gas limitado a la vesícula biliar, sin

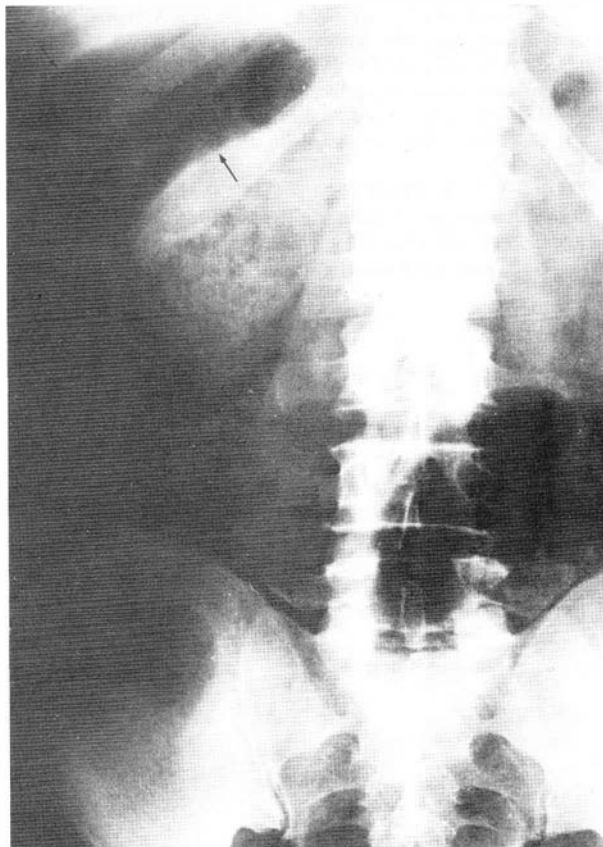


Fig. 1

penetrar en las vías biliares, nos orientará hacia el diagnóstico de colecistitis enfisematosa, ya que debido al gran proceso inflamatorio, existirá una obstrucción delístico que impedirá la progresión del gas hacia la vía biliar.

En caso que no se realice la colecistectomía de urgencia, puede producirse la perforación de la pared vesicular, observándose gas fuera de las vías biliares (Pericolecistitis gaseosa).

El tratamiento es la colecistectomía de urgencias, ya que la morbilidad de estos enfermos es mayor debido al gran riesgo de perforación.

Causas de enfisema vesicular

Causas comunes.

1. Antecedente de intervención quirúrgica en las vías

biliares (Esfinterectomía, colecistoenterostomía, coledocoduodenostomía).

2. Carcinoma de duodeno, ampolla, vías biliares, vesícula biliar, estómago, páncreas o colon.

3. Fístula biliar (ileo biliar, paso de cálculo hacia el intestino delgado a través de vesícula biliar, colédoco o esfínter).

Causas menos comunes.

1. Colecistitis enfisematosa y colangitis.
2. Gas en un cálculo biliar.
3. Parásitos (Strongyloidiasis, áscaris, absceso hepático amebiano).
4. Perforación de úlcera péptica en vías biliares.
5. Fisiológico (Incompetencia de esfínter).