

TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DE LA COLECISTITIS ALITIÁSICA FILTRANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

**Colman, Paula Valeria; Miranda, Felipe Fernando; Ovejero, Marcelo Miguel.
Sanatorio de la Cañada
Córdoba Capital, Argentina.**

Presentación del caso

Paciente masculino de 81 años con historial de hipertensión arterial, ingresó a la unidad de cuidados intensivos debido a deterioro cognitivo y clínico, tras un diagnóstico previo de hemorragia intraparenquimatosa sin intervención neuroquirúrgica. Además, presentaba un síndrome febril de origen desconocido, lo que motivó la solicitud de pruebas de laboratorio, cultivos y estudios de imagen. Se estableció el diagnóstico de colecistitis alitiásica infiltrante. Se optó por realizar una colecistostomía percutánea con drenaje de material purulento como medida diagnóstica y terapéutica, con el consiguiente drenaje de la colección perivesicular adyacente.

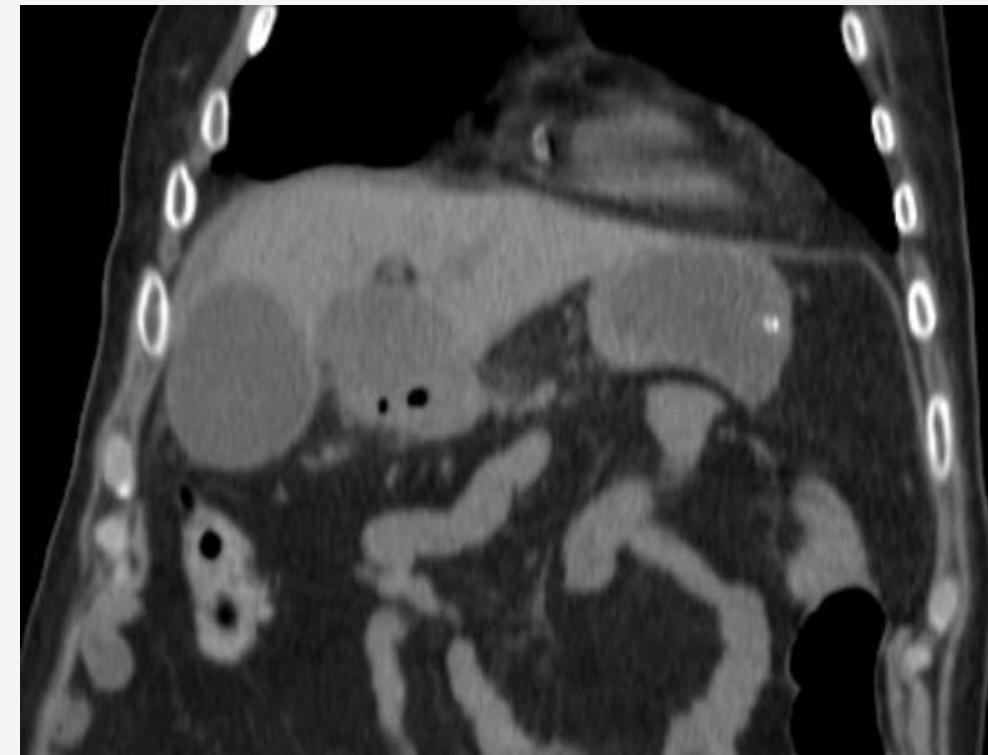
Datos analíticos relevantes

- Glóbulos blancos 20,1 mil/mm
- Urea 194 mg/dl³
- Creatinina en sangre 2,61 mg/dl
- PCR 27,10 mg/dl
- VSG 95 mm/hr
- Orina 12 leuco/cpo
- Cultivo orina: *Proteus mirabilis*
- Hemocultivo: *Proteus mirabilis*.
- Cultivo líquido de punción: *Proteus mirabilis*
- pH 7.53

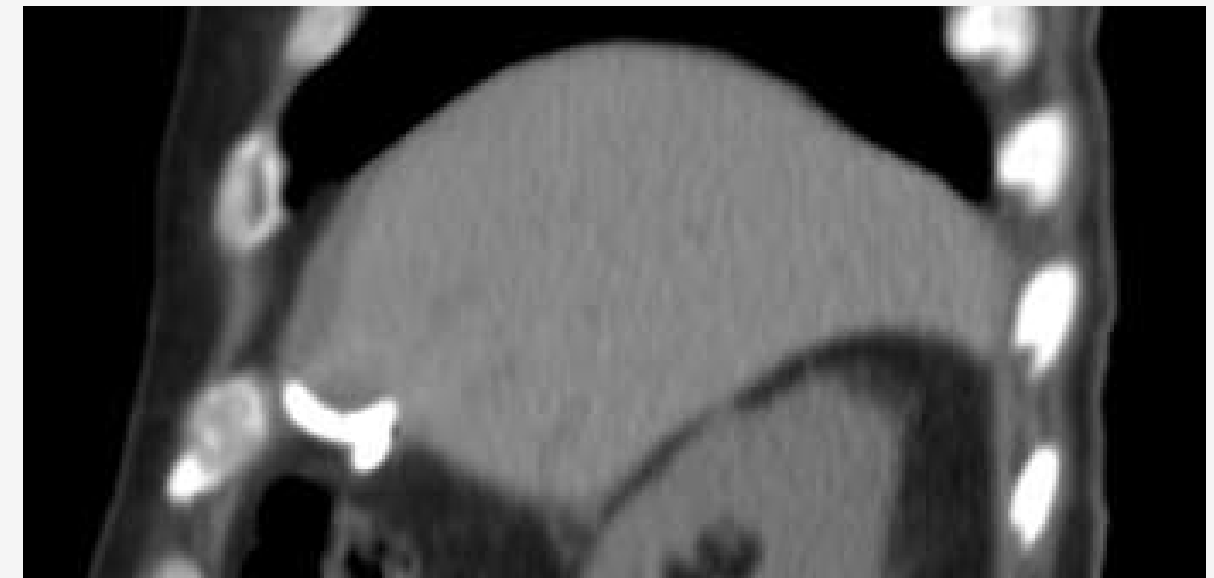
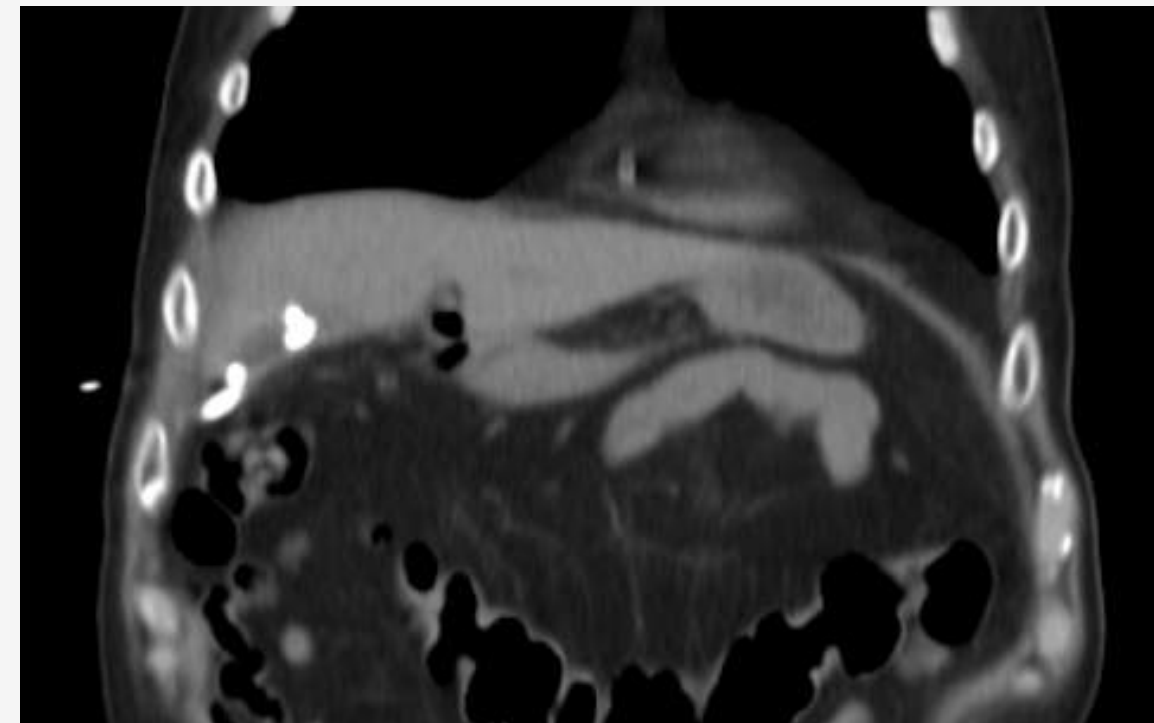
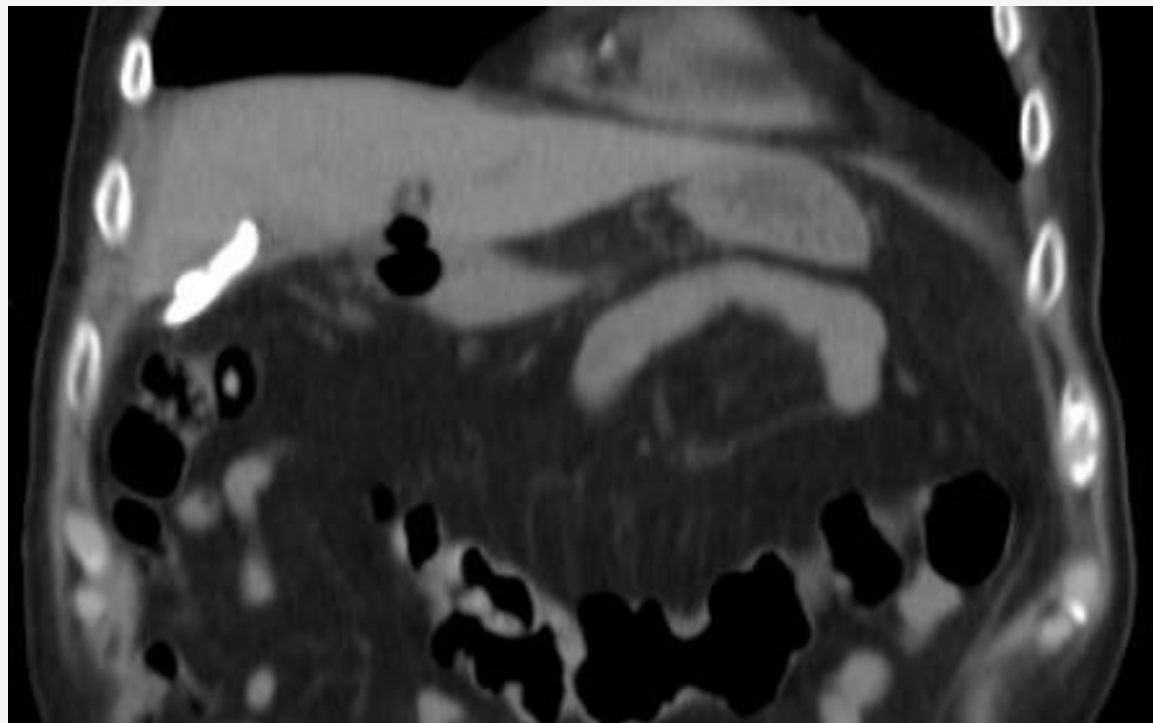
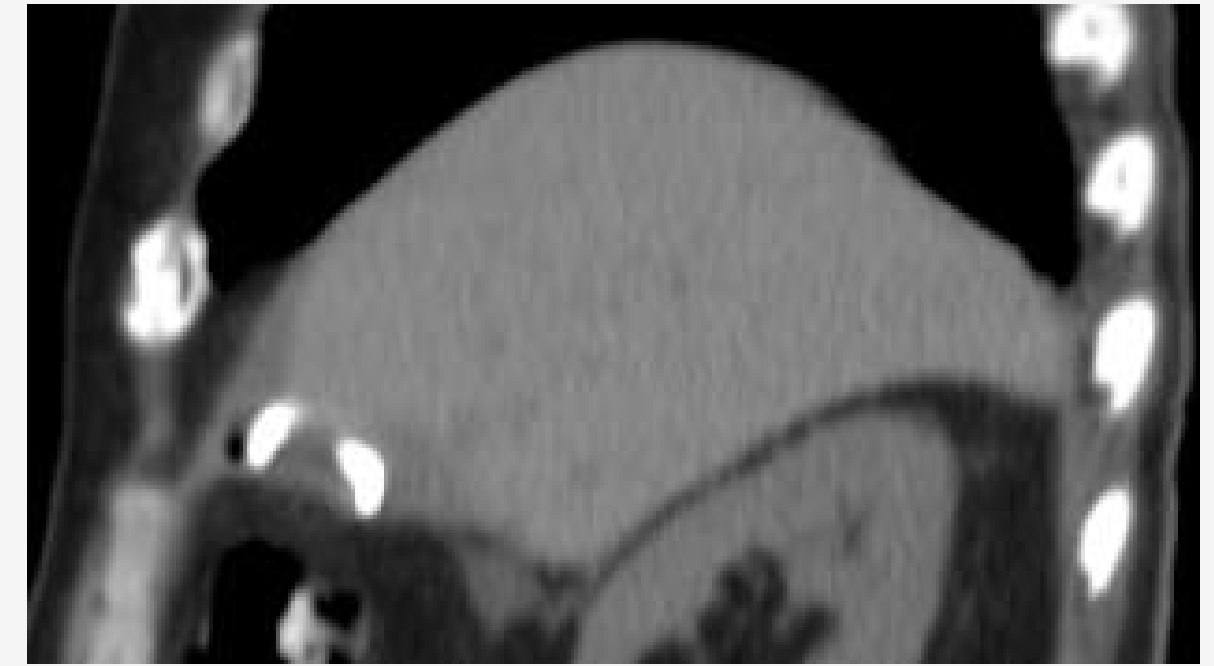
HALLAZGOS IMAGENOLOGICOS



La vesícula biliar muestra engrosamiento de sus paredes, acompañado de cambios inflamatorios peri vesiculares, con contenido denso y heterogeneo. Adyacente a la misma se encuentra pequeña colección de bordes poco definidos, heterogénea, hipoecogénica, mide 79 x 39 x 59 mm con un volumen aproximado de 95 cc



Vesicula biliar de paredes engrosadas, con contenido denso.
Coleccion perivesicular que mide aproximadamente 87 mm por 51 mm por 57 mm (volumen aproximado de 120 cc).



Control post Colectostomia guiada por ecografia.
Se observa el ingreso intercostal derecho de cateter pig-tail hidrofílico 10.5 Fr, cuyo extremo se localiza en la luz vesicular. Se extrajo material purulento, el cual se envió a cultivo, con desarrollo de P. Mirabilis. Se observa también la disminución significativa de la colección perivesicular, confirmando su origen vesicular.

DISCUSIÓN

La colecistitis alitiásica, una variante poco común de la inflamación vesicular, se caracteriza por la distensión de la vesícula biliar, acompañada de un engrosamiento edematoso de su pared en sus fases iniciales, a menudo asociado con obstrucción del conducto biliar, más común en pacientes de unidades críticas.

La colecistostomía percutánea se centra principalmente en casos de colecistitis aguda grave en pacientes críticos, sin embargo, también se considera en casos menos comunes, como acceso al tracto biliar de segunda línea para diversas situaciones, como puenteo de lesiones malignas, dilatación de estenosis biliares, derivación de fístulas biliares, descompresión en colangitis y otras condiciones.

¿Disminuye la mortalidad con la colocación de colecistostomía percutánea en pacientes de «alto riesgo»?

El protocolo CHOCOLATE en 2012, un estudio aleatorizado multicéntrico que comparaba la colecistectomía con la colecistostomía en pacientes con colecistitis aguda y puntaje APACHE >7. Sin embargo, este estudio fue suspendido en 2016 debido a una mayor morbimortalidad observada en pacientes tratados con colecistostomía según un análisis preliminar.

Estos resultados cuestionan la utilidad de la colecistostomía en pacientes con colecistitis aguda grave, pero la falta de estudios aleatorizados sin sesgos de selección y la predominancia de evidencia retrospectiva dificultan la conclusión definitiva. Se destaca que los pacientes con bajo riesgo y sin comorbilidades no se benefician del abordaje percutáneo, e incluso podría empeorar su pronóstico. Por otro lado, en comparación con la colecistectomía abierta, la colecistostomía ha demostrado menor morbilidad, menor estancia hospitalaria y menores costos en pacientes gravemente enfermos con colecistitis alitiásica.

CONCLUSION

La descompresión percutánea de la vesícula biliar mediante la colocación de una colecistostomía percutánea es un tratamiento ampliamente conocido, aunque aún carece de una estrategia estandarizada para su manejo, lo que dificulta la uniformidad en el estudio de estos pacientes en la literatura actual. Sin embargo, en nuestra experiencia, resulta un método práctico que ha demostrado buena respuesta clínica en pacientes críticos que presentan cuadros de sepsis secundarios a procesos inflamatorios vesiculares agudos, pudiendo realizarse incluso en la unidad de terapia intensiva de ser necesario.

BIBLIOGRAFIA

Arbues, G., & Bustos, S. (2021). COLECISTECTOMÍA DIFICULTOSA. *Revista Argentina De Cirugía*, 108(SUPLEMENTO 1), S7-S45. Recuperado a partir de <https://revista.aac.org.ar/index.php/RevArgentCirug/article/view/273>

Cooperberg, P. L., & Gibney, R. G. (1987, June). Imaging of the gallbladder, 1987. *Radiology*, 163(3), 605–613. <https://doi.org/10.1148/radiology.163.3.3554340>

Bejarano González, N., Romaguera Monzonís, A., Rebas Cladera, P., García Monforte, N., Labró Ciurans, M., Badia Closa, J., Criado Paredes, E., & García Borobia, F. J. (2022, May). ¿Es segura y eficaz la colecistostomía percutánea en la colecistitis aguda? Análisis de los efectos adversos asociados a la técnica. *Cirugía Española*, 100(5), 281–287. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2021.03.012>

Filgueira JL, Preve Susviela A, Chiossoni M. Peritonitis biliar generalizada por colecistitis filtrante [Generalized biliary peritonitis caused by infiltrating cholecystitis]. *An Fac Med Univ Repub Montev Urug*. 1965;50(5):502-9. Spanish. PMID: 5899848.

Placer C, Iñiguez L, Martín R, Pérez de Lucas N, Soletto E. Colecistitis filtrante: una aportación a su conocimiento mediante correlación clínico patológica [Filtrating cholecystitis: a contribution to its knowledge through clinico-pathologic correlation]. *Rev Esp Enferm Apar Dig*. 1987 Nov;72(5 Pt 1):523-6. Spanish. PMID: 3441668.

STAJANO C, SANTOS DUBRA A, MANANA J. Unidad conceptual de la colecistitis filtrante exfoliativa y necrótica [Conceptual unity of necrotic, exfoliative & filtrating cholecystitis]. *Arch Urug Med Cir Espec*. 1957 Nov-Dec;50(6):812-8; discussion 818-9. Spanish. PMID: 13560267.