



Colecistitis enfisematoso

Fernanda Ungson-García,* Carolina González-Vergara[§]

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 58 años con síndrome doloroso abdominal agudo localizado en hipocondrio derecho, irradiado a espalda, acompañado de náusea y vómito de



Figura 1.

contenido gastro-biliar. Signos vitales normales y laboratorios con glucosa de 169 mg/dL.

En la placa simple de abdomen se observa un halo radiolúcido que define la periferia de la vesícula biliar, que corresponde a la presencia de gas en la pared (Figura 1). Con base en los antecedentes del paciente y la clínica que presentó, se decide evaluación por tomografía computada abdominopélvica multifásica. En las imágenes axiales y coronales se observa la presencia de gas disecando la pared de la vesícula biliar y en el interior de la misma (Figura 2a). Hay pneumobilia asociada, por lo que se clasifica como colecistitis enfisematoso grado III (Figura 2b). Se identifica proceso inflamatorio perivesicular extenso con presencia de líquido libre (Figura 3).

COLECISTITIS ENFISEMATOSA

La colecistitis enfisematoso suele presentarse como complicación de una colecistitis aguda acalculosa por compromiso de la arteria cística.¹ La presencia de gas se debe a bacterias productoras de éste, como *Clostridium welchii* y *E. coli*, principalmente. Otros microorganismos aislados han sido *Klebsiella* sp. o *Pseudomonas* sp.^{2,3}

Su frecuencia predomina en hombres (7:3), siendo el 40% de ellos diabéticos. La clínica es indistinguible de una colecistitis aguda, pero la enfisematoso tiene mayor riesgo de complicaciones como perforación o gangrena.³ El diagnóstico de la colecistitis enfisematoso se lleva a cabo mediante métodos de imagen. La radiografía simple de abdomen y la tomografía computada permiten observar

* Residente de Radiología. Universidad La Salle.

§ Radióloga adscrita. Departamento de Radiología e Imagen. Jefe de la División de Educación Médica.

Hospital Ángeles Mocel.

Correspondencia:

Dra. Fernanda Ungson-García

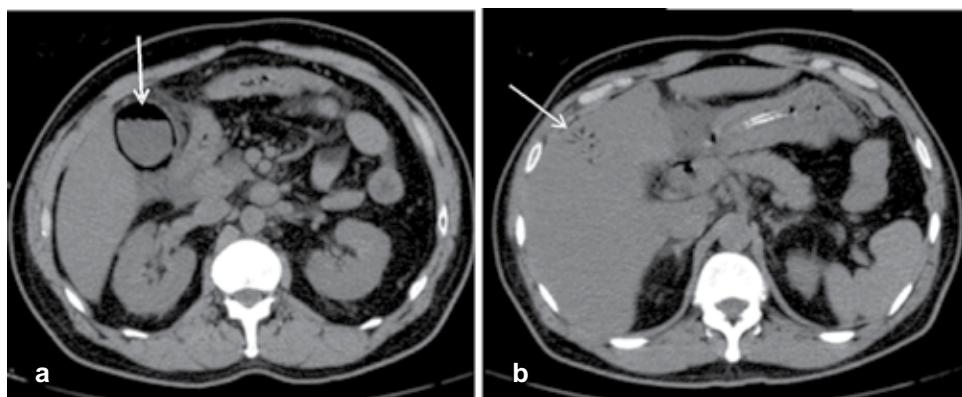
Hospital Ángeles Mocel

Gelati Núm. 29-409, Col. San Miguel Chapultepec, 11850, Del. Miguel Hidalgo, México, D.F.

Correo electrónico: patyungson@hotmail.com

Aceptado: 17-07-2014.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medicgraphic.com/actamedica>

**Figura 2. a-b.****Figura 3.**

con claridad la presencia de gas disecando la pared de la vesícula biliar, en el lumen o en tejidos perivesiculares. En el ultrasonido puede variar la sensibilidad debido a la

Cuadro I. Estadificación de colecistitis enfisematoso.⁴

Grado I	Gas dentro del lumen de la vesícula biliar
Grado II	Gas dentro de la pared de la vesícula biliar
Grado III	Gas en los tejidos perivesiculares

distribución del gas y la posición del paciente. Con base en la localización del gas, se clasifica en grados I, II y III⁴ (*Cuadro I*).

Se considera una urgencia quirúrgica y el tratamiento definitivo es una colecistectomía. En las infecciones enfisematosas es muy importante la evaluación radiológica apropiada y la interpretación de los hallazgos en imagen para asegurar un diagnóstico y un tratamiento óptimos ya que tienen una alta morbilidad.

REFERENCIAS

1. Lallement B. Emphysematous cholecystitis. *Acta Chir Belg.* 2003; 103: 230-232.
2. Cabello J. [Internet]. 2014 [5 June 2014]; Available from: <http://dx.doi.org/10.1594/seram2012/S-0527>
3. Hanbidge A. Imaging evaluation for acute pain in the right upper quadrant. *Radiographics.* 2004; 24 (4): 1117-1135.
4. Grayson D. Emphysematous infections of the abdomen and pelvis: a pictorial review. *Radiographics.* 2002; 22 (3): 543-561.

www.medigraphic.org.mx