



Cáncer de vesícula biliar contra piocolecisto: un reto diagnóstico

Óscar Z Rosas Guerra,* Alejandro Pastrana Murguía,** Luis V Ponce Pérez,**
Fernando Vera Rodríguez,** Ana P González Vargas,** Miguel A Margain Paredes,**
Roberto Jáuregui Brechú,**** Heriberto Garza de la Llave****

Resumen

Introducción: La colecistitis litiasica aguda es una de las causas más frecuentes de admisión al Servicio de Cirugía; el piocolecisto representa una de las principales complicaciones, especialmente en pacientes seniles. El tratamiento de elección es la colecistectomía laparoscópica. **Material y métodos:** Paciente masculino de 54 años, quien ingresa al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal intermitente de tres semanas en epigastrio, así como en hipocondrio derecho, acompañado de pérdida de peso de 9 kg. A la exploración: ictericia de conjuntivas, así como dolor vago en todo el abdomen, sin irritación peritoneal, afebril. En los laboratorios se encuentra ictericia obstructiva con elevación de enzimas hepáticas; el ultrasonido y la resonancia magnética reportan una vesícula biliar heterogénea con pared gruesa, realce heterogéneo perivesicular en relación con tumor vesicular. Se realiza laparoscopia diagnóstica, encontrándose un piocolecisto perforado y sellado, se realiza colecistectomía laparoscópica, con drenaje y lavado exhaustivo de cavidad. El paciente pasa a piso de cirugía general con una evolución favorable. **Conclusión:** La colecistitis aguda complicada aun en nuestros días puede llegar a ser un reto diagnóstico.

Palabras clave: Piocolecisto, cáncer de vesícula biliar, colecistectomía.

Abstract

Background: Acute cholecystitis is one of the most common causes for admission to surgical service; the empyema of the gallbladder is a major complication, especially in elderly patients. The election treatment is laparoscopic. **Material and methods:** Is a 54 male admitted to emergency room with abdominal pain of three weeks, intermittent epigastric and right upper quadrant, accompanied by loss of 9 kg. On physical examination: conjunctival jaundice and diffuse abdominal pain, no fever. Laboratories reveal obstructive jaundice with elevated liver enzymes, ultrasound and magnetic resonance with heterogeneous gallbladder, thickening wall and enhancing pericholecyst suggest a neoplastic etiology. Diagnostic laparoscopy is performed, finding an empyema of the gallbladder, drilled and sealed, laparoscopic cholecystectomy was performed, with drainage and through washing of cavity. The patient goes into general surgical floor with a favorable outcome. **Conclusion:** Acute cholecystitis complicated even today can be a diagnostic challenge.

Key words: Empyema of the Gallbladder, gallbladder cancer, cholecystectomy.

INTRODUCCIÓN

La litiasis vesicular es una de las enfermedades más comunes, es la segunda causa de abdomen agudo sólo después de la apendicitis, se acompaña hasta en un 15% de complicaciones como la agudización del cuadro, piocolecisto, hidrocolecisto, coledocolitiasis, cáncer vesicular, pancreatitis, entre otras.¹

El piocolecisto es una grave complicación derivada de la litiasis vesicular, raro en estratos socioeconómicos altos, frecuente en la mayoría de la población mexicana. Es una complicación que pone en peligro la vida del paciente, común en pacientes ancianos o con diabetes mellitus, su mortalidad es de hasta 25%.² Su incidencia es variable de

* Residente de tercer año.

** Cirujano adscrito.

*** Residente de cuarto año.

**** Residente de segundo año.

Departamento de Cirugía General, Hospital Ángeles Metropolitano.

Correspondencia:

Dr. Óscar Z Rosas Guerra

Martinelli Núm. 42, Int. B-101,

Col. San Simón Tolnahuac,

Del. Cuauhtémoc, 06920, México, D.F.

Cel: 044 55 41354213

E-mail: el_teme1984@hotmail.com; quirofanofilia@gmail.com

acuerdo a la literatura con rangos del 2.4 al 11% de las colecistectomías realizadas.

Los gérmenes asociados más frecuentes son: *Clostridium* spp., *E. coli*, *Klebsiella* spp. y estreptococos anaerobios.³

La colecistectomía de emergencia es el tratamiento de elección; sin embargo, la colecistostomía percutánea puede ser efectiva en pacientes con alto riesgo de complicación o muerte.

CASO CLÍNICO

Se trata de un paciente masculino de 54 años, quien ingresa al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal intermitente desde hace tres semanas en epigastrio e hipocondrio derecho. Además presenta una pérdida ponderal de 9 kg. A la exploración física presenta ictericia de conjuntivas, así como dolor vago en todo el abdomen, sin irritación peritoneal, afebril. Niega antecedentes médicos de importancia.

Laboratorios de ingreso: hemoglobina: 14.4 g, leucocitos: 10,400, bandas: 0%, bilirrubina total: 6.19 mg/dL, bilirrubina directa: 4.97 mg/dL, TGO: 242 U/L, TGP: 229

U/L, GGTP: 498 U/L, FA: 278 U/L. Se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares, el cual reporta hígado normal, vesícula biliar aumentada de tamaño (10 x 6.9 x 8.2 cm), pared engrosada con septos en su interior vascularizados, lodo biliar: colecistitis enfisematosa *versus* cáncer de vesícula (Figura 1). La imagen de resonancia magnética (IRM) reporta vía biliar de 1 cm, coledocolitiasis, hepatoesplenomegalia, vesícula biliar aumentada de tamaño, heterogénea con pared de más de 14 mm, realce heterogéneo perivesicular, piocolecisto *versus* cáncer de vesícula biliar (Figuras 2 y 3).

Se ingresa a quirófano para realizar laparoscopia diagnóstica, se encuentra plastrón en lecho vesicular con piocolecisto perforado y sellado, se realiza colecistectomía laparoscópica retrógrada parcial con drenaje de absceso perivesicular, así como lavado exhaustivo de cavidad. Se deja drenaje cerrado Jackson Pratt (Figura 4).

El paciente pasa a piso de cirugía general, se continúa con tratamiento médico con doble esquema, con buena evolución; el drenaje con gasto serohemático escaso se retira al segundo día con una adecuada evolución, se egresa

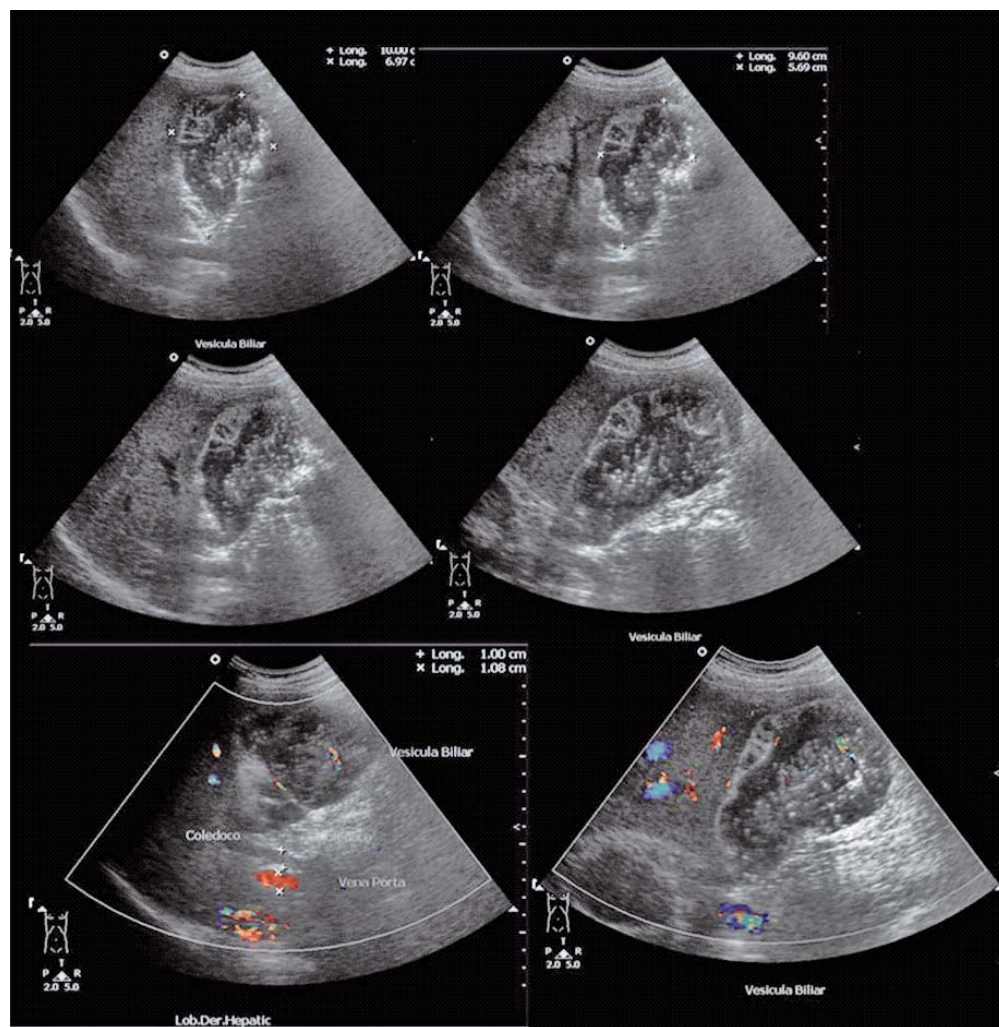
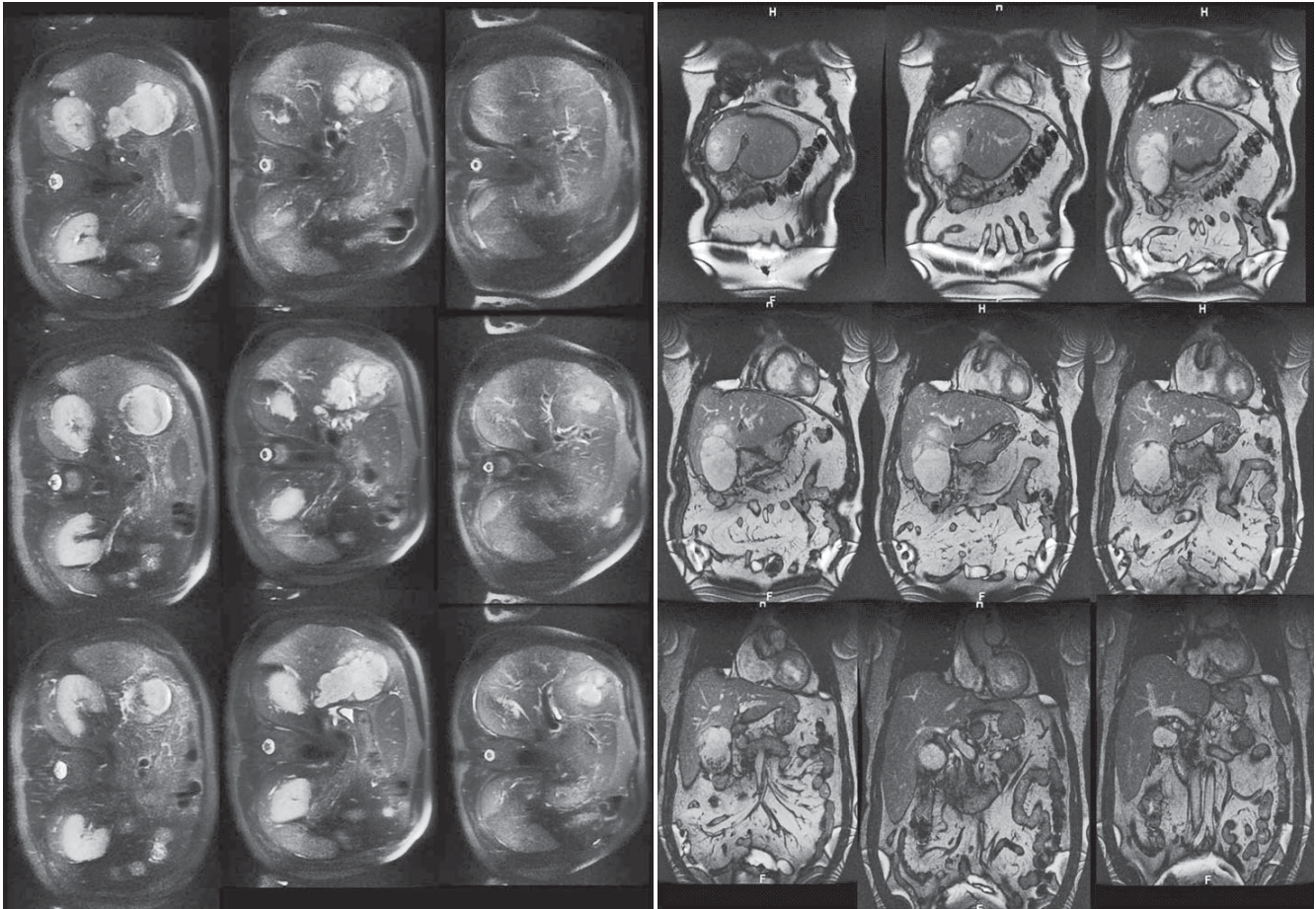


Figura 1. USG de abdomen en el cual se observa la vesícula biliar aumentada de tamaño, 10 x 9 x 6 cm aproximadamente, con aumento del grosor de sus paredes, así como una imagen heterogénea en su interior que al aplicar Doppler se encuentra vascularizada; igualmente se observa el colédoco de 1 cm y la vena porta de 1.08 cm.



Figuras 2 y 3. Imágenes de resonancia magnética de abdomen, cortes axial y coronal, en las cuales se observa aumento de volumen de la vesícula con pared mal delimitada, así como infiltración perivesicular.

al tercer día; control a la semana y al mes sin eventualidades, con reporte de patología: colecistitis litiasica crónica agudizada, necrosis de la pared.

DISCUSIÓN

El diagnóstico de piocolecisto es difícil. Hay que integrarlo de acuerdo con los antecedentes del paciente; a menudo se relaciona con historia de inmunocompromiso, estrato socioeconómico bajo, cuadros recurrentes de cólico biliar e incluso de colecistitis aguda.

En los hallazgos clínicos hay que buscar datos de respuesta inflamatoria sistémica, así como datos locales de irritación peritoneal, además de tener una alta sospecha al encontrar un cuadro de colecistitis aguda, moderada o severa, grado II o III respectivamente.⁴

Colecistitis aguda grado II:

- Leucocitosis (mayor a 18,000/mm³)
- Plastrón en hipocondrio derecho

- Duración de la sintomatología por más de 72 horas
- Inflamación local importante

Colecistitis aguda grado III:

- Disfunción cardiovascular (hipotensión, la cual requiere uso de dopamina a dosis alfa o beta; necesidad de dobutamina)
- Déficit neurológico
- Disfunción respiratoria (PaO₂/FiO₂ menor a 300)
- Disfunción renal (oliguria o creatinina mayor a 2 mg/dL)
- Disfunción hepática (INR mayor a 1.5)
- Disfunción plaquetaria (plaquetas menores a 100,000/mm³)

Estos datos son acompañados además de hallazgos ultrasonográficos como engrosamiento de la pared, edema importante perivesicular, colecciones perivesiculares e imágenes heterogéneas intravesiculares. El diagnóstico de certeza se establece con una punción guiada y aspiración de pus;⁵ sin embargo, es un procedimiento controversial,

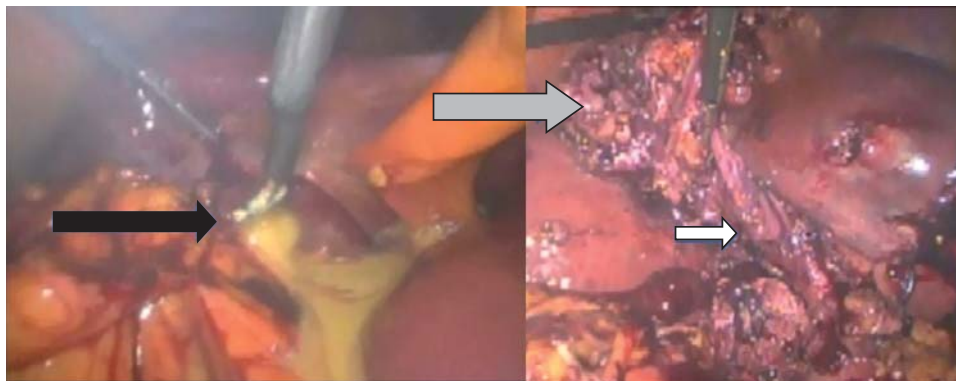


Figura 4. Durante la colecistectomía laparoscópica se encuentra plastrón perivesicular y absceso perivesicular (flecha negra), cóstico (flecha blanca) y vesícula biliar (flecha gris).

sobre todo si el paciente se encuentra en condiciones óptimas para colecistectomía. Sin embargo, en ocasiones los pacientes pueden presentarse de forma atípica sin datos de sepsis, ni irritación peritoneal. En un estudio retrospectivo de 1,449 colecistectomías realizadas se encontraron 29 casos de piocolecisto;¹ de éstos, el 97% presentó dolor abdominal, sólo el 66% fiebre, 34% ictericia, 17% leucocitosis. Se intentó abordaje laparoscópico en 12 y sólo se logró en 7 por la dificultad técnica. En otro estudio donde se analizaron 124 colecistectomías⁶ se encontró un 20% de pacientes con piocolecisto. De los pacientes con colecistectomía complicada sólo el 46.3% presentó historia de dolor, el 50% fiebre y el 52.4% ictericia. Con lo anterior es evidente que el diagnóstico de piocolecisto no siempre es fácil, y la mayor parte del tiempo se realiza en el transoperatorio.

Desde 1992 la colecistectomía por vía laparoscópica es el estándar de oro para el tratamiento de la colelitiasis y sus complicaciones.⁷ Los pacientes con piocolecisto deben ser operados al momento del diagnóstico, evitando retrasos; sin embargo, los pacientes que presentan deterioro físico severo (grado III) son candidatos a drenaje percutáneo o colecistostomía, mejora de las condiciones y colecistectomía tardía.

El caso clínico presentado es de un paciente sin antecedentes de inmunocompromiso, con un curso insidioso,

pérdida ponderal, además de no presentar un síndrome de respuesta inflamatoria sistémica. Al realizarse el USG así como la IRM de abdomen al paciente, las imágenes fácilmente se pueden confundir con las de neoplasia de vesícula biliar, ya que se encuentra aumento del grosor de la pared, así como aumento del tamaño de la vesícula; con contenido heterogéneo, paredes mal limitadas y lo que parece ser una infiltración del tejido hepático circundante (véanse las Figuras 1 a 3). Al realizar la colecistectomía se encuentra un plastrón perivesicular, piocolecisto y absceso perivesicular, convirtiéndola en una colecistectomía difícil, obligando a realizarla de forma retrógrada. Una vez identificados el conducto cóstico, la vía biliar principal, se concluye la cirugía.

CONCLUSIÓN

Las complicaciones de la colecistitis aguda, en especial el piocolecisto, son un reto diagnóstico aun con la gran calidad de estudios de imagen disponibles y la amplia gama de laboratorios disponibles. Al presentarse éstas, con formas atípicas simulando otras patologías, retrasan el tratamiento definitivo y elevan la morbilidad, y con ello los costos hospitalarios. En la mayor parte de los casos se transforman en colecistectomías difíciles o incluso imposibles, aumentando el riesgo de lesión de vía biliar, lesiones vasculares importantes y daño a vísceras huecas.

REFERENCIAS

1. De la Peña M, Ramírez CG, Liho NA. Colecistostomía laparoscópica por piocolecisto en el paciente con Child C. ¿Mito o realidad? *Cirugía Endoscópica* 2010; 11.
2. Al-Jaberi TM, Gharaibeh K, Khamash M. Empyema of the gall bladder: reappraisal in the laparoscopy era. *Ann Saudi Med* 2003; 23: 140-142.
3. Carrascosa MF, Salcines-Caviedes JR. Emphysematous cholecystitis: clinical images. *CMAJ* 2012; 184: E81.
4. Hirota M, Takada T, Kawarada Y, Nimura Y, Miura F, Hirata K et al. Diagnostic criteria and severity assessment of acute cholecystitis: Tokyo Guidelines. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007; 14: 78-82.
5. Gore RM, Thakrar KH, Newmark GM, Mehta UK, Berlin JW. Gallbladder imaging. *Gastroenterol Clin North Am* 2010; 39: 265-287.
6. Castro F, Galindo J, Bejarano M. Complicaciones de colecistitis aguda en pacientes operados de urgencia. *Rev Colomb Cir* 2008; 23: 16-21.
7. Overby DW, Apeltgren KN, Bregman KR, Curcillo P, Awad Z, Clements R et al. SAGES Guidelines for the clinical application of laparoscopic biliary tract surgery. *Surg Endosc* 2010; 24: 2368-2386.