

ARTICULOS ORIGINALES

Colecistitis gangreno - gaseosa

Dres. Artigas Aliano, Federico Schneeberger, Wilson Ramírez y Juan Lorenzelli

A propósito de tres observaciones de colecistitis gangreno - gaseosas, se realiza una revisión del tema destacándose su escasa frecuencia, su predominio en el sexo masculino, la existencia del neumocolecisto como signo radiológico patognomónico, enfatizándose el valor de la colecistectomía.

Palabras clave (*Key words, Mots clés*) MEDLARS: Cholecystitis.

INTRODUCCION

Aquellas colecistitis en las que intervienen gérmenes anaerobios, productores de gas, han sido llamadas Colecistitis Enfisematosas o Neumocolecistitis; parece preferible denominarlas, como lo sugiere Tedesco (22), *Colecistitis gangrenogaseosas*.

La observación de 3 casos, sumamente ilustrativos, así como su escasa frecuencia, nos ha llevado a revisar el tema.

CASUISTICA

Caso 1.— Hombre de 52 años. Diabético compensado con hipoglucemiantes orales. Ingresa por dolor en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución, acompañado de vómitos biliosos, orinas cargadas y fiebre, con detención del tránsito intestinal.

No antecedentes dispépticos.

Examen: Obeso; buen estado general. Febril: 38,5 C. Subictericia. Abdomen: moderadamente distendido, hipersonoro. A la palpación duele en el hipocondrio derecho, exacerbándose a la palpación profunda. No hay defensa y no se palpa vesícula.

A las 72 horas ha aumentado el dolor en hipocondrio derecho, existiendo una defensa localizada, pese al tratamiento antibiótico (ampicilina) y general.

En la radiografía simple de abdomen se destacan dos elementos: 1) la presencia de un neumocolecisto; 2) la existencia de una distensión del delgado con niveles.

Caso 2.— Hombre de 64 años, con antecedentes de 3 infartos de miocardio, pero sin antecedentes de dispepsia ni de diabetes. Ingresa por un cuadro agudo de

Clínica Quirúrgica "2" (Prof. L. Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.

abdomen caracterizado por dolor epigástrico, de tipo puntada, vómitos y fiebre moderada.

Al examen: Paciente dolorido, febril, con regular estado general, ojos excavados y lengua seca. El abdomen revela un dolor en el hemiventre derecho. No se palpa vesícula. A las 24 horas se comprueba contractura en el hipocondrio derecho y Douglas doloroso.

La radiografía de abdomen demuestra un neumocolecisto.

Caso 3.— Hombre de 45 años, sin antecedentes de dispepsia ni diabetes. Ingresa con dolor intenso en el hipocondrio derecho de 48 horas de evolución, post transgresión alimenticia, acompañado de vómitos. No fiebre. No diarreas.

Al examen: Estado general conservado. Febril de 38 C. Lengua saburral. Abdomen: Dolor intenso y contractura en el hipocondrio y flanco derechos.

La radiografía simple de abdomen muestra un neumocolecisto (figs. 1 y 2).

COMENTARIO

La correcta interpretación de estos elementos radiológicos, nos parece capital para el diagnóstico y al respecto caben dos interpretaciones:

Colecistitis gangreno - gaseosas: El neumocolecisto se debe a la producción local de gas por infección a gérmenes anaerobios. Distensión del delgado como expresión radiológica del llamado íleo regional de Del Campo, como se ve en el primer paciente.

Ileo biliar: Fístula colecisto - entérica; obstrucción intestinal con distensión y pasaje de gases a la vesícula.

A favor de la primera interpretación tenemos:

1) La vesícula se encuentra distendida, o sea que no ha vaciado su contenido; además, frecuentemente, las vesículas que dan origen a un íleo biliar son escleroatróficas como consecuencia de los múltiples empujes que crean adherencias favorecedoras de la migración calcúlosa. Este tipo de vesículas, por definición, no se distienden.

2) En cuanto al enfisema vesicular en sí, la disposición del gas, "dibujando" la pared vesicular (figs. 1 y 2) traduce una disección pa-

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 6 de junio de 1979.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Asistente de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar y Residente de Cirugía. Fac. Med. Montevideo.

Dirección: Gabriel Pereira 2823, Montevideo (Dr. A. Aliano).

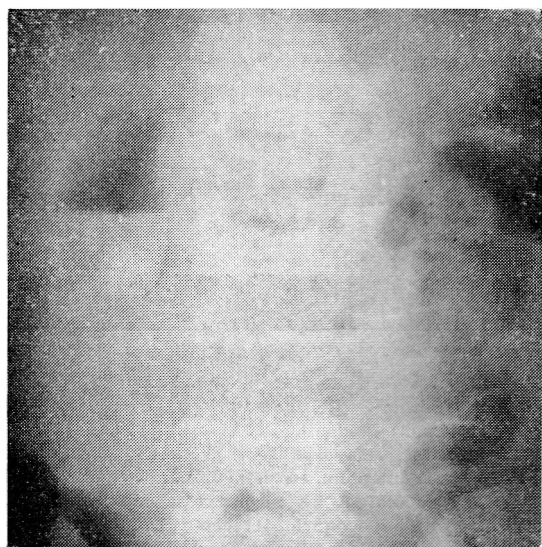


FIG. 1.— Caso Nº 3. Radiografía simple de abdomen, de pie. Se observa nivel hidrogaseoso en la vesícula y gas dibujando el contorno vesicular.



FIG. 2.— Caso Nº 3. Radiografía simple de abdomen, decúbito lateral izquierdo. Nivel hidrogaseoso intravesicular y gas dibujando su contorno.

rietal que es característica de las *colecistitis gangreno-gaseosas* y que no puede producirse en una vesícula escleroatrófica, por las razones anatómicas ya señaladas.

3) La distensión del delgado se acompaña de distensión colónica en zona vecina, fórmula característica del íleo regional.

Este análisis no es meramente especulativo sino que es trascendente en la conducta, incluyendo abordaje, táctica, etc.

Con diagnóstico de *colecistitis gangreno-gaseosa* (C.G.G.) los pacientes son intervenidos

por una incisión transversa de hipocondrio derecho por ser dicho abordaje el que mejor se adaptaba al biotipo. Se confirma el diagnóstico comprobando un moderado proceso adherencial regional con líquido serofibrinoso colectado y una vesícula distendida, tensa, con placas de necrosis en la serosa y cálculos medianos, uno de ellos impactado en el bacinete.

En el 2º y 3er. casos no se comprobó la presencia de cálculos. El resto de la exploración es normal; con la vía biliar principal morfológicamente normal en los tres casos.

Se realiza la *colecistectomía*, no sólo de necesidad, dado el grado lesional, sino de principio.

En el postoperatorio se realizó antibiótico-terapia con evolución satisfactoria en todos los casos.

No se pudo obtener estudio bacteriológico para anaerobios en ninguno de los casos.

DISCUSION

Analizaremos sucesivamente los siguientes aspectos de esta afección: Frecuencia, terreno, litiasis, gérmenes, anatomía patológica, clínica, radiología, evolución e indicaciones terapéuticas. Su frecuencia es muy baja, al punto que Testart (23) en reciente publicación la considera una rareza, refiriendo la existencia de 164 casos en la literatura mundial.

En nuestro medio, Larghero (11) y Prat (18) destacaron su rareza habiéndose comunicado varias observaciones sobre el tema (3, 4, 5, 6, 17, 21).

El terreno difiere de aquel de las *colecistitis* banales fundamentalmente en lo que atañe a sexo, predominando en el hombre en un 71 % (23). La diabetes es considerada por Olivier, como integrante del cuadro clínico de las C.G.G.; sin embargo, Mentzer y col. (15) sólo la encuentran en el 38 % de los casos.

Un aspecto interesante y de gran proyección terapéutica es la relación con la *litiasis biliar*, vesicular, en especial. En nuestro medio en que las *colecistitis* habituales son prácticamente 100 % *litiásicas*, debemos tener en cuenta que las C.G.G., según datos obtenidos por Mentzer, se asocian a litiasis en un 72 % de los casos y no se destaca para nada el papel de ésta en el desencadenamiento del cuadro. En el primer caso existía la litiasis y la obstrucción del bacinete, que seguramente fue el elemento inicial desencadenante del proceso. En los otros dos casos no se comprobó litiasis.

Digamos de paso que la obstrucción delístico explicaría la conservación del estado general al crear un mecanismo de protección frente a la invasión biliar intrahepática de los gérmenes, hecho sobre el cual ha insistido Mérola (16) a propósito del íleo biliar y la presencia o no de shock séptico.

La imposibilidad de realizar un estudio bacteriológico adecuado nos impide realizar un análisis de los *gérmenes en causa*. Del estudio bibliográfico surge que el *Clostridium Welchii* es encontrado en aproximadamente el 50 %, en 1/3 de los casos se asocia el *E. Coli*. En el 31 %

no se aíslan gérmenes; hay acuerdo en que ello se debe a fallas de técnicas en la recolección del material.

El aspecto macroscópico de esta afección; sin embargo sería inconstante, observándose en el 75 % de los casos que han sido operados. Cabe el interrogatorio que plantea Testart: de proseguir la evolución espontánea, se llegaría seguramente a la necrosis y perforación vesicular. Creemos que ello es tanto más factible en los casos como el del primer paciente nuestro, en que se asocia el elemento distensión mecánica, secundario a la obstrucción calculosa, a las lesiones propias de la gangrena gaseosa vesicular (destrucción de la mucosa, trombosis vasculares, etc.).

El *cuadro clínico* no se diferencia en nada del de las colecistitis banales; pueden tener valor orientador algunos elementos del terreno ya considerados.

La única forma de llegar al diagnóstico correcto es por la *radiología* que aporta el signo patognomónico: el *neumocolecisto*. En su aspecto más típico se observa el gas dibujando las paredes vesiculares y formando un nivel dentro de la luz (23) como se observa en las figuras 1 y 2. Otros aspectos que han sido consignados son: imagen gaseosa perivesicular (13, 14); contraste gaseoso del árbol biliar intrahepático (14), y mismo neumoperitoneo libre, que traducen más bien complicaciones que la propia C.G.G.

En muchos casos el signo pasa desapercibido (23) o induce a plantear la comunicación bilio - digestiva (14), aspecto al cual ya nos referimos.

La ausencia de este signo patognomónico puede tener relación con el tiempo de evolución ya que según Holgersen (9) éste sólo aparece más allá de las 48 horas de iniciado el cuadro. Fuera de tal circunstancia su presencia sería constante.

En aquellos casos que no fueron operados, este signo permite seguir radiológicamente la evolución, disminuyendo progresivamente en el curso de 3 a 4 semanas. Desde el punto de vista *evolutivo*, parece lógico pensar en una agravación progresiva de las lesiones culminando en la perforación vesicular, con todas las consecuencias generales responsables de la muerte. Sin embargo resulta sorprendente comprobar la comunicación de casos curados con tratamiento médico antiinfeccioso, y aun mismo antes de la era antibiótica como dos de los casos de Mc Korkel que retrocedieron con sulfas y suero antigangrenoso. Otro de sus casos murió a las 48 horas de la colecistostomía por complicaciones gangrenosas peritoneales y parietales. También May (14) refiere 3 casos de evolución satisfactoria con tratamiento médico.

Pese a ello, en cifras globales, sin un desglose de los tratamientos aplicados, las C.G.G. tienen una mayor mortalidad que las colecistitis banales (15 % y 4 %, respectivamente).

Es de destacar que para nada se tiene en cuenta la distinta evolución que creemos pueden tener aquellos casos con o sin litiasis.

Tales hechos han llevado a distintas posiciones respecto a las indicaciones terapéuticas,

debatiéndose entre tratamiento médico y quirúrgico.

Los partidarios del tratamiento médico, entre los que se destaca Sarmiento (19), argumentan que con este proceder no han tenido un aumento de la mortalidad.

La posible extensión de la gangrena a la pared, actualmente con la disponibilidad de antibióticos (fundamentalmente Penicilinas) ha perdido valor como contraindicación quirúrgica.

En una posición intermedia estaría May (14) quien aconseja tratamiento médico de entrada intentando la regresión del cuadro, e intervenir de urgencia, de entrada o secundariamente si existen signos peritoneales.

Nos hacemos partidarios de la opinión de Testart quien aconseja el tratamiento quirúrgico basándose en la frecuencia de perforación vesicular, siempre que se cumplan con los requisitos que exige actualmente toda Cirugía Biliar: disponibilidades técnicas e instrumentales para realizar una operación completa. Creemos al respecto, como ya lo dijimos, que se impone la *Colecistectomía*: única forma de solucionar el problema, extirpando un foco de posible extensión infecciosa, no siempre solucionable con la descompresión vesicular ya que la disección parietal que observamos en las radiografías, se debería más a la producción local de gas que a la presión que se desarrolla en la luz vesicular como lo postula Heifetz (7).

De efectividad cuestionable, al menos teóricamente, puede ser la antibioticoterapia si tenemos en cuenta las lesiones vasculares locales.

En nuestros casos se sumó la indicación de inminente perforación dado las lesiones parietales y la asociación de la litiasis en uno de ellos.

Hay acuerdo general en instituir antibioticoterapia desde el momento del diagnóstico y proseguirla en el postoperatorio como forma de evitar complicaciones loco - regionales. Algunos autores aconsejan dejar sistemáticamente la piel abierta, lo que no se realizó en nuestros casos, sin consecuencias.

RESUME

Cholecystites gangrenogazeuses

A la suite de trois observations de cholécystites gangrenogazeuses, on réalise une révision du sujet, en soulignant leur fréquence peu élevée, leur prédominance au sexe masculin, et l'existence du pneumocholéciste comme signe radiologique pathognomonique tout en insistant sur la valeur de la cholécystectomie.

SUMMARY

Emphismato vs Cholecystitis

Three cases of emphismato - gangrenous cholecystitis are related. A review of this pathology is done, its rare frequency, the predominance in males. The radiologic finding of air in the gallbladder and the value of cholecystectomy are pointed out.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- BILLENKRAMP G and HAAS H. Cholecystitis emphysematosa. *Chirurgie*, 45: 430, 1974.
- BISMUTH H et GAYON J. Une rare image vésiculaire (Cholecystitis emphysemateuse). *Presse Med*, 29: 2658, 1961.
3. BOSCH DEL MARCO LM. Pionemocolecistitis aguda. *Bol Soc Cir Urug*, 25: 503, 1954.
4. CAMAÑO M y SILVA C. Colecistitis aguda enfisematosa. *Dia Med Urug*, 34: 317, 1968.
5. DEL CAMPO JC y OTERO P. Neumatosis espontánea de las vías biliares. *Bol Soc Cir Urug*, 11: 241, 1940.
6. FOSSATI A. Pionemocolecistitis. *Bol Soc Cir Urug*, 3: 178, 1932.
7. HEIFETZ CJ and WYLOGE EK. Effect of distention of gallbladder with air and its relationship to acute pneumocholecystitis. *Ann Surg*, 142: 283, 1931.
8. HEGNER CF. Gaseous pericholecystitis with cholelithiasis. *Arch Surg*, 22: 993, 1931.
9. HOLGERSEN LC. WHITE JJ and WEST JP. Emphysematous cholecystitis; a report of five cases. *Surgery*, 69: 102, 1971.
9. HOLGERSEN LC. WHITE JJ and WEST JP. Emphysematous cholecystitis; a report of five cases. *Surgery*, 69: 102, 1971.
10. HOVELIUS L. Pneumocholecystitis, an uncommon cause of pneumoperitoneum. *Acta Chir Scand*, 139: 410, 1973.
11. LARGHERO P. Colecistitis disecantes y exfoliativas. Montevideo. Artística, 1935.
12. LOBINGIER AS. Gangrene of the gallbladder. *Ann Surg*, 48: 72, 1908.
13. MCKORKLE H and FONG E. The clinical significance of gas in the gallbladder. *Surgery*, 11: 851, 1942.
14. MAY RE and STRONG R. Acute emphysematous cholecystitis. *Br J Surg*, 58: 453, 1971.
15. MENTZER RM, GOLDEN GT, CHANDLER JG and HORSLEY JS. A comparative appraisal of emphysematous cholecystitis. *Am J Surg*, 129: 10, 1975.
16. MEROLA L. Ileo biliar; patología, radiología, clínica. *Prensa Med Argent*, 61: 608, 1974.
17. PRADERI R. Pionemocolecisto. *Bol Soc Cir Uruguay*, 32: 670, 1961.
18. PRAT D. Colecistitis gangrenosas. En: "Patología biliar". Montevideo. Barreiro y Ramos, 1946, v. II, p. 402.
19. SARMIENTO RV. Emphysematous cholecystitis. *Arch Surg*, 93: 1009, 1966.
20. SIMON J. Le pyo-pneumocholecyste et son diagnostic radiologique. *Presse Med*, 40: 1938, 1932.
21. STAJANO C, SANTOS DUBRA A y MAÑANA J. Unidad conceptual de la colecistitis filtrante exfoliatrix y necrótica. *Bol Soc Cir Urug*, 26: 648, 1955.
22. TEDESCO B. Pyo-pneumocholecystitis: contribution a l'étude de la cholecystitis gangreno-gaseuse. *Arch Mal App Dig*, 40: 906, 1951.
23. TESTART JC, CHAMOUN S et JOUANEAU A. A propos d'un cas de pneumocholecystitis. *Chirurgie*, 103: 305, 1977.