

## CASO CLINICO

# Colecistitis aguda en saco de eventración

Dres. Luis Ruso Martínez<sup>1</sup>, Luis Yametti<sup>2</sup>, Gerardo Lombardi<sup>3</sup>, Bolívar Delgado<sup>4</sup>

## Resumen

*Se presenta un caso de colecistitis aguda incluida en el saco de eventración en una incisión transversa de hipocondrio derecho, en una paciente obesa. El interés de esta comunicación está en el análisis de las condicionantes de esta infrecuente asociación patológica y la conducta quirúrgica adoptada.*

**Palabras clave:** Vesícula biliar  
Colecistitis aguda – complicaciones

## Summary

*The author presents a case of acute cholecystitis included in the eventration saccule in a transversal incision of the right hypochondrium in a obese patient. The interest of the communication lies in the analysis of the conditioners of this infrequent pathological association and the adopted surgical conduct.*

## Historia clínica

N.R. Hosp. Pasteur. 56823.

Paciente de 59 años, sexo femenino, que ingresa el 3.8.88 por dolor en hipocondrio derecho (HD), post-ingesta de excito-biliares de 5 días de evolución. Vómitos. No fiebre.

No historia actual ni previa de compromiso de la vía biliar principal. Tránsito digestivo bajo conservado, durante toda la evolución.

Tratada con antiespasmódicos, no cede el cuadro.

**A.P.** Varios años antes, laparotomía transversa de HD, aparentemente por cuadro oclusivo, del que se desconoce la etiología y el procedimiento realizado. Por interrogatorio, la paciente relata haber sido portadora de colostomía ílica izquierda por varios meses.

Posteriormente restitución del tránsito.

Dispepsia hipoesténica y cólicos hepáticos de larga data.

**Examen.** Gran obesa. Febril 38.2° rectal.

Gran eventración de transversa de HD, a cuyo nivel se observa y se palpa tumefacción aplastrada muy dolorosa, que asciende en inspiración profunda. Resto del examen normal.

Impresión clínica: Por los antecedentes, historia actual y características semiológicas de la tumoración, el diagnóstico fue de colecistitis aguda dentro del saco de eventración.

**Ecografía.** Hígado normal. Vía biliar principal de calibre normal, sin signos de litiasis. A nivel del bacinete, gruesa imagen litiásica, en una vesícula biliar distendida, con importante engrosamiento parietal. La vesícula se topografía a nivel de la eventración. Areas pancreáticas y esplénica normales.

ECG, RXTX y rutinas, normales.

**Intervención quirúrgica.** Apertura transversa del saco de eventración. Abierto peritoneo se constata vesícula distendida, cubierta de pseudomembranas de fibrina, incluida en su totalidad en el saco de eventración (Figura 1), que se encuentra ocupado por asas delgadas, cecoascendente y ángulo derecho del colon. El anillo herniario es de aproximadamente 12 por 15 cms de extensión transversal.

Procedimiento: Colecistectomía, durante la cual se abre un absceso a nivel del lecho vesicular. Ligadura del cístico que es filiforme. Cierre del saco de eventración. No se cuenta con colangiografía intraoperatoria.

## Comentarios y discusión

La colecistitis aguda es una entidad clínico-patológica conocida y frecuente, estimándose en nuestro medio entre el 25 y 28% del total de las infecciones biliares<sup>(1)</sup>, predomina en mujeres entre 40 y 70 años<sup>(2)</sup>.

Su etiología en el 98% de los casos es litiásica, dejando el 2% restante a causas tumorales o alitiásicas<sup>(3)</sup>. Sin embargo, otros autores<sup>(2,4)</sup> asignan a las formas alitiásicas una incidencia mayor al 6%.

Desde el punto de vista clínico, a pesar de la obesidad de la paciente, el diagnóstico fue facilitado

Trabajo de la Clínica Quirúrgica «1» (Director Prof. Dr. Bolívar Delgado). Hospital Pasteur, Montevideo.

1 Jefe Residentes Cirugía. 2 Profesor Adjunto de Emergencia. 3 Residente de Cirugía. 4 Profesor de Clínica Quirúrgica.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de junio de 1989.

**Correspondencia:** Dr. Luis Ruso. Verdi 4067 ap. 201. Montevideo, Uruguay.



Figura 1.

por la presencia de eventración, que permitió la palpación de la vesícula en su interior.

La solución quirúrgica de las eventraciones no siempre es sencilla y el índice de fracasos se ubica promedialmente entre el 8% y el 10% (4,5).

En nuestro medio, Crocci analizando 48 casos de eventraciones operadas, encuentra un 31% de pacientes obesos, 17% de eventraciones de incisiones del cuadrante superior derecho, pero sólo un 4.1% de las mismas correspondían a cirugía de colon (6).

Para Bucknall (7), que analiza 1.129 casos, sólo la obesidad es un factor estadísticamente significativo como causa de eventración, pero no es la incisión transversa de HD.

Vinculando ambas patologías, sólo encontramos un caso en la literatura, de un paciente de 96 años, que desarrolló una colecistitis alitiásica a consecuencia del encarcelamiento de la vesícula en el interior de una hernia epigástrica (8).

Es de importancia el pobre sustrato socio-cultural de estos pacientes.

La nuestra es portadora de una cirugía de colon, intervenida de urgencia, cuya etiología desconoce, que desarrolla una gran eventración, con antecedentes de dispepsia, cólicos hepáticos, recién consulta tardíamente al quinto día de evolución de su cuadro abdominal.

En cuanto a la conducta quirúrgica adoptada, deben establecerse dos aspectos:

- Sobre la vía biliar, optamos por la colecistectomía, dado los hallazgos de focos de necrosis parietal en la vesícula y de absceso de su lecho. No optamos por dejar un drenaje transcístico, porque la palpación post-punción de cálculos grandes, el cístico filiforme y el dato ecográfico de la vía biliar principal normal, decidimos la ligadura del cístico. Aun así, reconocemos como riesgoso no realizar un estudio colangiográfico intraoperatorio, pero no

contábamos con él por razones de infraestructura hospitalaria.

- No reparamos la eventración, porque desde una perspectiva fisiopatológica, la ocupación del saco por vísceras abdominales (colon derecho y asas delgadas), ha creado un nuevo régimen de equilibrio entre las presiones torácicas y abdominales, con relajación diafragmática permanente, retracción de los músculos abdominales y enlentecimiento de la circulación venosa en los sistemas porta y cava (9). La brusca reducción visceral, a una cavidad abdominal no preparada, romperá brutalmente ese equilibrio, determinando una hipertensión intraabdominal incompatible con el juego del diafragma; (9) aumentando la restricción respiratoria propia de una paciente obesa.

La obesidad, con sus riesgos embólicos, de supuración y nueva eventración, asociada en nuestro caso a una cirugía contaminada, completan las razones, por las que no realizó tratamiento de la patología parietal.

Afirmando estos conceptos, la paciente requirió asistencia ventilatoria mecánica en CTI, durante 72 horas, por haber desarrollado una insuficiencia respiratoria hipodinámica, vinculada a su obesidad.

No ocurrieron complicaciones quirúrgicas. La enferma fue dada de alta al sexto día de postoperatorio y controlada en policlínica a lo largo de 30 días. No concurrió a posteriores consultas, impidiendo realizar un adecuado plan de adelgazamiento, fisioterapia respiratoria, reeducación de la musculatura abdominal y eventual neoperitoneo, previo a la corrección quirúrgica de su eventración.

## Bibliografía

1. **Bosch del Marco LM, Cardeza HY, Bonavita E.** Datos estadísticos sobre tratamiento de colecistopatías agudas en la Clínica del Prof. P. Larghero Ibarz. Congreso Uruguayo de Cirugía, 2º. Montevideo 1951, p. 146.
2. **Marella M, Trostchansky J, Olazábal A.** Colecistectomía en agudo. Indicaciones y técnica. A propósito de 100 casos de colecistitis agudas. *Cir Uruguay* 1973; 43: 533.
3. **Kune GA, Birks D.** Acute Cholecystitis. An appraisal of current methods of treatment. *Med J Aust* 1970; 2: 218.
4. **Corbelle JL, Rosales CD, Caputo A, Cirone R, Corbelle JL (h).** Colecistitis agudas alitiásicas. *Rev Argent Cirug* 1989; 56: 1.
5. **Kune GA, Gill GD.** En *Maingot's Abdominal Operations*. New York: Appleton, 1985.
6. **Crocci F, Gastambide C, Cordal A, Pérez E, Terra E.** Eventraciones. Tratamiento. Implantes protésicos. *Cir Uruguay* 1984; 54: 346.
7. **Bucknall TE, Cox PJ.** Burst abdomen and incisional hernia. A prospective study of 1129 mayor laparotomies. *Br J Med* 1982; 284: 931.
8. **Goldman B, Rafael AJ, Hanoch K.** Acute acalculous cholecystitis due to an incarcerated epigastric hernia. *Postgrad Med J* 1985; 61: 1017.
9. **Crocci F, Gastambide C, Cordal A, Pérez E, Terra E.** Eventraciones. Bases biomecánicas y fisiopatológicas de su tratamiento. *Cir Uruguay* 1984; 54: 341.