

LESIONES INFLAMATORIAS DE LA VESICULA BILIAR. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PERCUTANEO

Autores: Dr. Antonio López Cano y Dra. Maria Tejada Cabrera
CLÍNICA ASTARTE. CADIZ

El factor determinante habitual (80-90%) de la colecistitis aguda es la litiasis biliar con impactación del cálculo en el cístico. Esta inflamación aguda puede ser el primer síntoma, aunque el 75% de los enfermos refieren episodios previos de cólico biliar. En la exploración ultrasónica el cálculo se visualiza como una estructura muy ecogénica, rodeada de líquido (bilis) con una sombra acústica posterior cuando es mayor de 4 Mm. y que se desplaza con los cambios de posición del paciente. Cuando el cálculo se moviliza hacia el cístico obstruyéndolo, la vesícula aumenta de tamaño, es el hidrops vesicular. Los falsos negativos se deben a cálculos de pequeño tamaño (2 Mm.) o los situados en el cístico, mientras que los falsos positivos corresponden a lesiones de la pared (pólipos o placas de colesterosis), imágenes de barro biliar o al gas duodenal. La tasa de errores en el diagnóstico de la litiasis vesicular se calcula cercana al 3%. En caso de duda diagnóstica es conveniente repetir la exploración pasada veinticuatro horas, con el paciente en ayunas. En los sujetos colecistectomizados, es normal encontrar en el área vesicular ecos densos, que en ocasiones tienen sombra posterior, y que pueden confundirse con vesículas atróficas repletas de cálculos.

El signo más constante en la colecistitis aguda (aparece en el 60-80% de los pacientes) es el dolor que en la zona supravescicular se desencadena con la presión superficial del transductor (signo de "Murphy ecográfico"), otro hallazgo es: el engrosamiento de la pared con imagen de doble contorno. Cuando la colecistitis aguda es purulenta, desaparece la transparencia de la bilis (normalmente anecogénica), apareciendo con una ecogenicidad sólida o sólida-líquida. La perforación de la pared de la vesícula puede originar abscesos pericolecísticos, que se visualizan como bandas hipoecogénicas entre el parénquima hepático y la pared vesicular. Hay que señalar que los signos "de imagen" de los señalados como característicos de la colecistitis pueden no estar presentes hasta en el 40% de ellas, e incluso el "Murphy" ecográfico puede desaparecer cuando se gangrena la pared.

La colecistitis aguda alitiásica se manifiesta, desde el punto de vista clínico, de forma similar a la de origen calculoso. Se origina en pacientes hospitalizados por otras razones (quemados, traumatismos, hiponutrición, deshidratación, hipoxia...), en los carcinomas de vesícula con infiltración del cístico, en la infección biliar por Salmonella y por vasculitis. El diagnóstico ecográfico plantea dificultades, ya que sólo en un 60% de los casos se puede observar engrosamiento de la pared o despegamiento mucoso. La clínica del

paciente, junto al hallazgo de un signo de Murphy ecográfico positivo, hacen sospechar, en ausencia de otros signos, esta enfermedad.

La colecistitis aguda enfisematosa es una entidad clínica poco frecuente que se desencadena al invadir la pared de la vesícula microorganismos productores de gas. Afecta de forma especial a varones diabéticos y se asocia a colelitiasis en una proporción menor que la colecistitis aguda simple; otra diferencia con ésta es la tendencia a la gangrena y perforación que da origen a cuadros sépticos con una alta mortalidad. El gas en la pared de la vesícula se manifiesta en la ecografía con imágenes hiperecogénicas con reverberaciones o reflejos. Hemos de asegurarnos de que el aire no se ha introducido en la vesícula por fístula o en intervenciones quirúrgicas previas.

En ocasiones, el enfermo acude a urgencias con dolor cólico y conoce de tiempo su patología litiásica vesicular. En estas colecistitis crónicas en fase aguda, la vesícula puede aparecer pequeña y contraída -escleroteatrófica-, ser normal o estar aumentada de tamaño. El hallazgo ultrasónico más constante es el engrosamiento de la pared (más de 5 Mm.).

Hay situaciones en las que la pared de la vesícula aparece engrosada sin patología intrínseca. Esto ocurre en la cirrosis, ascitis, hepatitis o hipoalbuminemias de cualquier origen. En los pacientes diabéticos, cirróticos o aquellos que llevan varios días sin alimentación oral, la vesícula tiene, en ocasiones, un tamaño superior a los normal (10 cm. de longitud por 3 cm. de anchura), sin patología. En los enfermos con hepatitis aguda, la vesícula puede permanecer contraída –disminución del flujo de bilis al interior- y no ser vista a la exploración ultrasónica.

Las dos indicaciones más importantes de la colecistostomía percutánea son: a.- La descompresión en caso de colecistitis aguda en situación de sepsis y siempre que la intervención quirúrgica se encuentre limitada o contraindicada por graves enfermedades sistémicas ó por importante deterioro del estado general, y b.- El drenaje biliar externo, siempre que el conducto cístico esté permeable.

En la colecistostomía percutánea empleamos preferentemente catéteres de punción directa con calibre del 8-9 F. Se introduce una aguja guía con el catéter incorporado hasta el interior de la vesícula, procurando interponer una lengüeta de tejido hepático periférico que actúa a modo de “tapón” para evitar fuga de bilis a peritoneo. Es aconsejable confirmar radiológicamente la correcta colocación del catéter administrando una pequeña cantidad de contraste yodado a su través. Pasadas 48 horas se puede realizar una colangiografía con mayor relleno. El catéter se deja drenar a bolsa por gravedad. En cuanto a resultados con la colecistostomía percutánea para descompresión de colecistitis aguda se consigue una gran mejoría clínico biológica en las primeras 48 horas. La mayoría de los autores exponen resultados positivos cercanos al 100% de los casos, relacionándose la morbi-mortalidad con las enfermedades acompañantes en los pacientes ancianos, más que a complicaciones o ineficacia de la técnica. Aunque la vesícula biliar y el cístico no parecen la vía más lógica del drenaje de una obstrucción biliar distal, existen

publicaciones que la propugnan como de menor morbilidad que la vía tranhepática "pura". Más problemático resultaría su comparación frente al drenaje endoscópico transpapilar, pero la disponibilidad de realizar una determinada técnica y la gravedad de estos pacientes se pueden beneficiar de una descompresión por esta vía, de manera rápida y eficaz.

Las principales complicaciones de la colecistostomía percutánea son la peritonitis biliar, la colangitis y las reacciones vágales.

BIBLIOGRAFIA RECOMENDADA:

1.- Ralls, PW; Colletti, PM; Lapin, SA, y cols.: Real-Time Sonography in suspected acute cholecystitis. Prospective evaluation of primary and secondary signs. *Radiology*, 155:767-771, 1985.

2.- López Cano A., Rendon P., Soria M.J., Moreno M. y Martín L.: Colecistostomía percutánea guiada por ecografía. Experiencia inicial. *Rev. Esp. Enf. Digest.* 1990, 77: 419-424.

3.- Klinger Roitman J. Colecistitis aguda. En: Vilardell F. *Enfermedades Digestivas*. Tomo 4. Ediciones CEA, s.a. Madrid-Barcelona. 1990. Pag.: 2455

4.- Pearse D. M., Hawkins I.F., Shaver R. and Vogel S: Percutaneous cholecystostomy in Acute Cholecystitis and common duct obstruction. *Radiology* 1984, 152: 365-367.

5.- Vogelzong R.L. and Nemcek A.A.: Percutaneous cholecystostomy: diagnostic and therapeutic efficacy. *Radiology*. 1988, 168: 29-34.

6.- Tamada k., Seki H., Sato K. et al. Efficacy of endoscopic retrograde cholecystoendoprosthesis (ERCCE) for cholecystitis. *Endoscopy* 1991; 23: 2-3.