

Estudio piloto de las diferencias en los hallazgos diagnósticos y en el pronóstico a corto plazo entre colecistitis agudas no operables litiásicas y alitiásicas.



María Jesús Gayán Belmonte¹, Juana María Plasencia Martínez², Amalia García Chiclano², Ana Moreno Pastor², Marta Huertas Moreno², Ana Blanco Barrio²,

¹Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

²Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia.



Objetivo:

Además de la presencia de litiasis, las diferencias en los hallazgos de imagen entre las colecistitis agudas litiásicas (CAL) y las alitiásicas (CAA) apenas se han estudiado. Conocer esta información puede ayudarnos a comprender las diferencias entre ambos procesos.

El drenaje percutáneo se ha aceptado como tratamiento definitivo de las colecistitis agudas alitiásicas. Sin embargo, la mejoría clínica al utilizar este procedimiento frente a utilizar solamente terapia antibiótica es un aspecto escasamente estudiado.

Así, nuestros objetivos en este trabajo son:

- Evaluar las diferencias en los hallazgos de imagen entre las colecistitis agudas litiásicas y alitiásicas.

- Evaluar las diferencias en el pronóstico de las colecistitis agudas alitiásicas que se tratan con colecistostomía frente a las que se tratan con tratamiento antibiótico.



Material y método:

Presentamos un estudio retrospectivo, aceptado por el comité de ética e investigación de nuestro hospital, en el que incluimos de forma consecutiva a pacientes con colecistitis aguda litiásica y alitiásica no operables de urgencia entre enero de 2013 y diciembre de 2015.

Utilizando la historia clínica de los pacientes recogimos:

- Datos demográficos.
- Las características de la presentación clínica.
- Comorbilidades de los pacientes.
- Hallazgos de imagen.
- La evolución clínica en las primeras 24 horas.



Material y método:

Los criterios diagnósticos de colecistitis aguda (litiásica y alitiásica) fueron (*adaptados desde la fuente Up to Date*):

-Grosor de la pared mayor de 4mm o estratificación de la pared de la vesícula (sin ascitis, pancreatitis u otras causas potenciales de vesícula reactiva).

-Diámetro menor de la vesícula mayor de 4cm.

-Signo de Murphy ecográfico positivo.

-Presencia de líquido perivesicular, tumefacción de la grasa o colecciones perivesiculares.

-Membrana mucosa desprendida.

-Presencia de gas intramural o intraluminal.

-Presencia de colelitiasis en las CAL.

Definimos colecistitis agudas complicadas, aquellas que fueron gangrenosas, perforadas, ambas o enfisematosas.



Fig. 1. Colecistitis aguda alitiásica. Leve engrosamiento y estratificación de la pared de la vesícula, con leve tumefacción de la grasa adyacente y sin litiasis en su interior.



Material y método:

Analizamos las diferencias en los hallazgos de imagen y la evolución clínica de los pacientes tratados con antibióticos frente a colecistostomía con los tests T de Student y Chi².

Consideramos diferencias estadísticamente significativas aquellas con un valor de $P < 0,05$ y utilizamos la versión 22.0 del programa estadístico IBM SPSS.



Resultados:

A) PACIENTES:

Incluimos un total de 101 pacientes, 52 eran varones (51,2%) y 49 mujeres (48,8%), con una edad media de $78,13 \pm 12,32$ años.

El 24,7% (25 pacientes) de los pacientes tuvo una colecistitis aguda complicada al diagnóstico (Fig. 2). Y 61 pacientes (60,4%) tenían al menos una comorbilidad (Fig. 3).

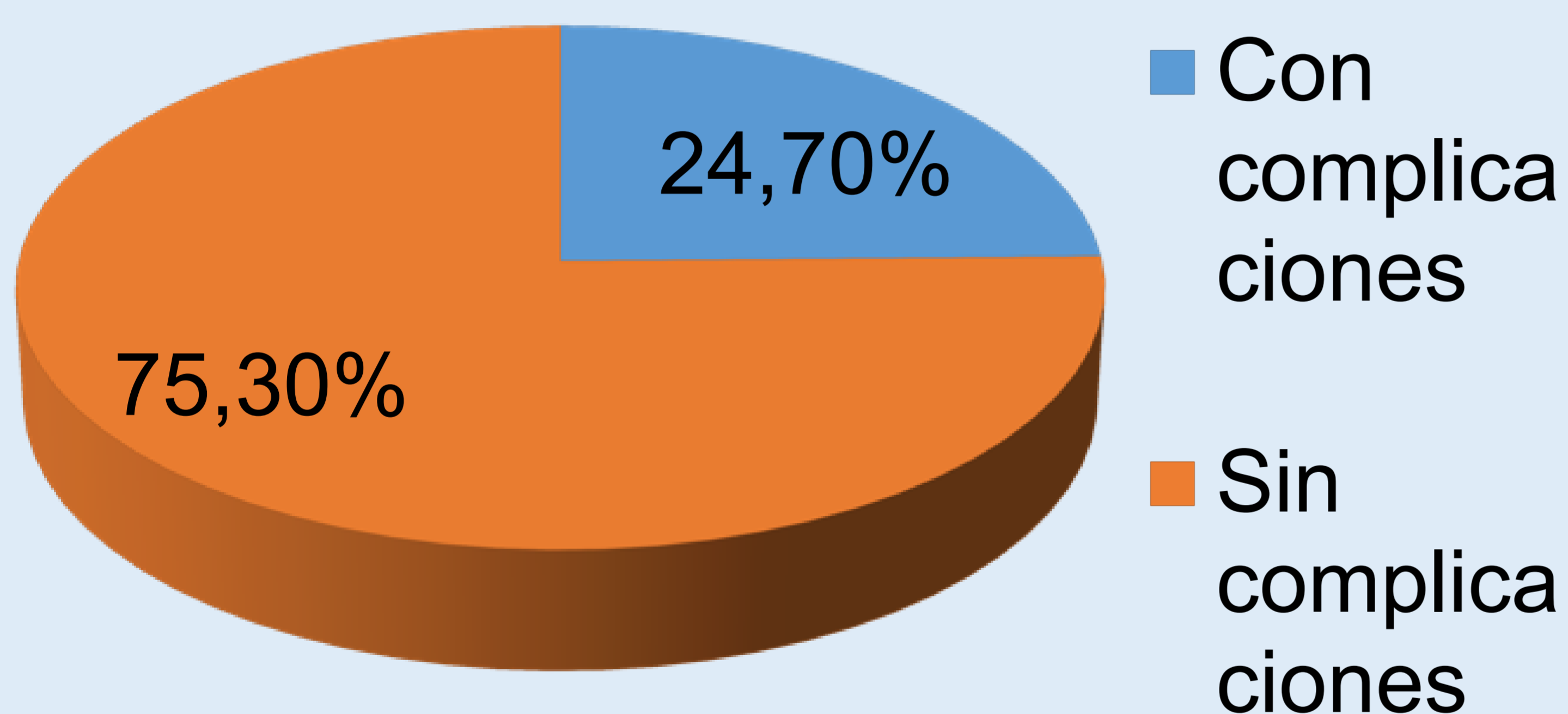


Fig. 2. Pacientes con colecistitis aguda no complicada y complicada

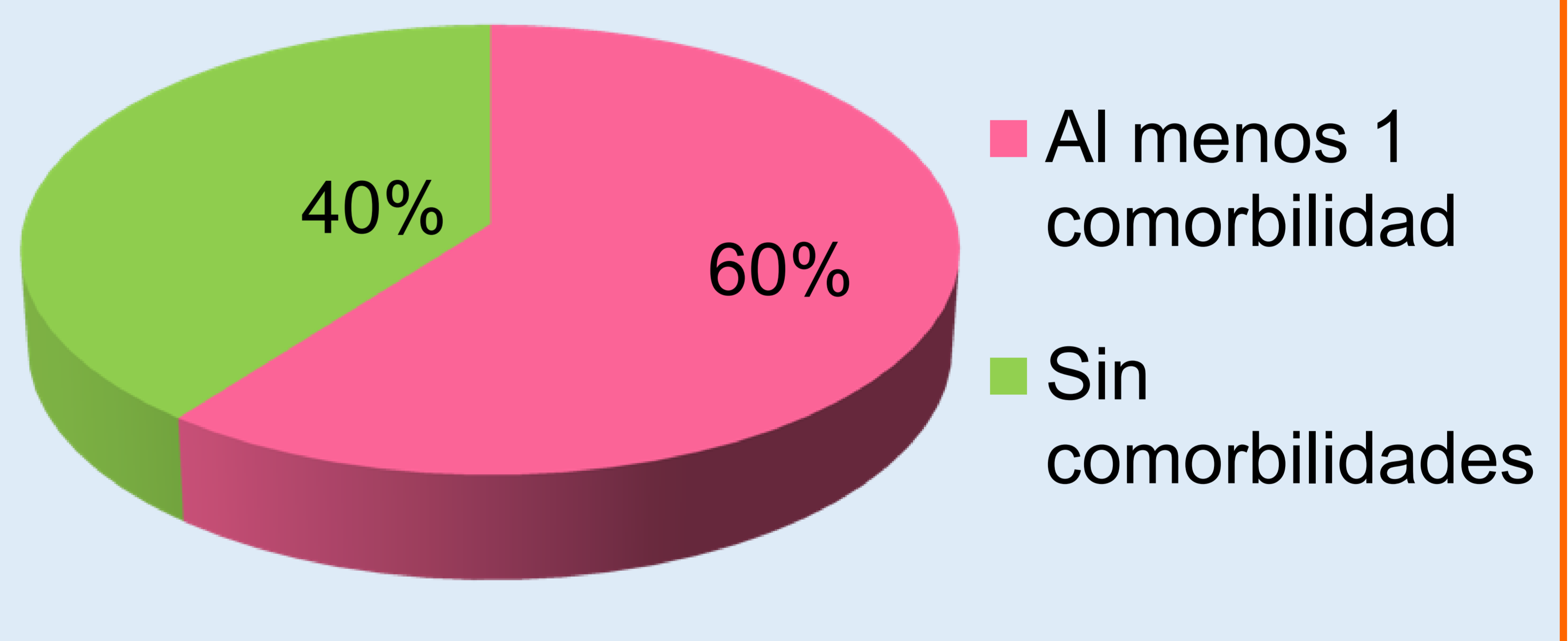


Fig. 3. Comorbilidades de los pacientes

Del total de pacientes, solo 10 tuvieron una colecistitis aguda alitiásica (9,9%) (Fig. 4). De estos, 4 eran diabéticos (40%) y ninguno estaba previamente hospitalizado por ninguna otra razón.

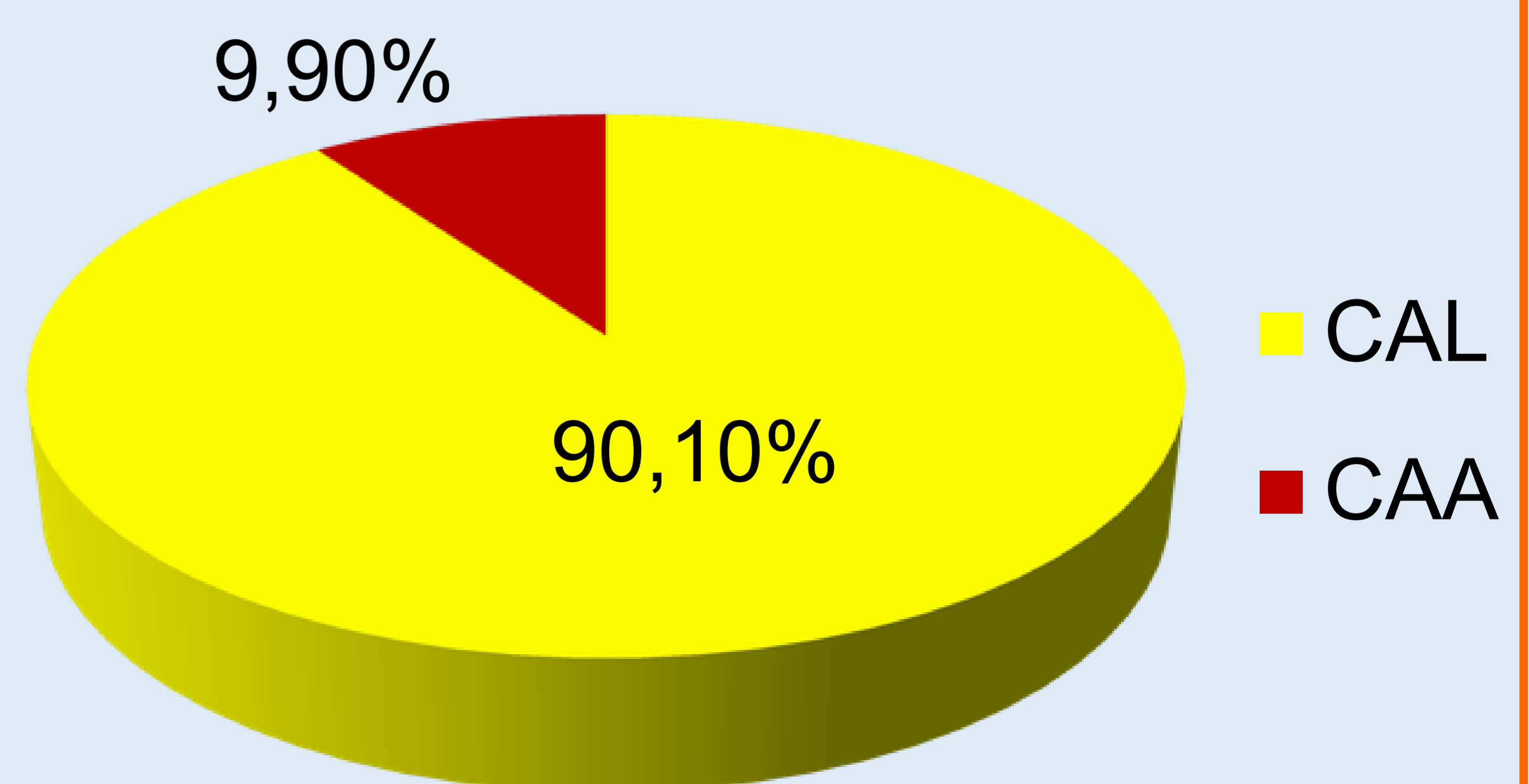


Fig. 4. Tipos de colecistitis aguda



Resultados:

B) HALLAZGOS DE IMAGEN:

El diagnóstico se llevó a cabo mediante ecografía en el 79,2% de los pacientes (80 pacientes) y mediante ecografía y Tomografía Computarizada en el 12,9% (13 pacientes) (Fig. 5).

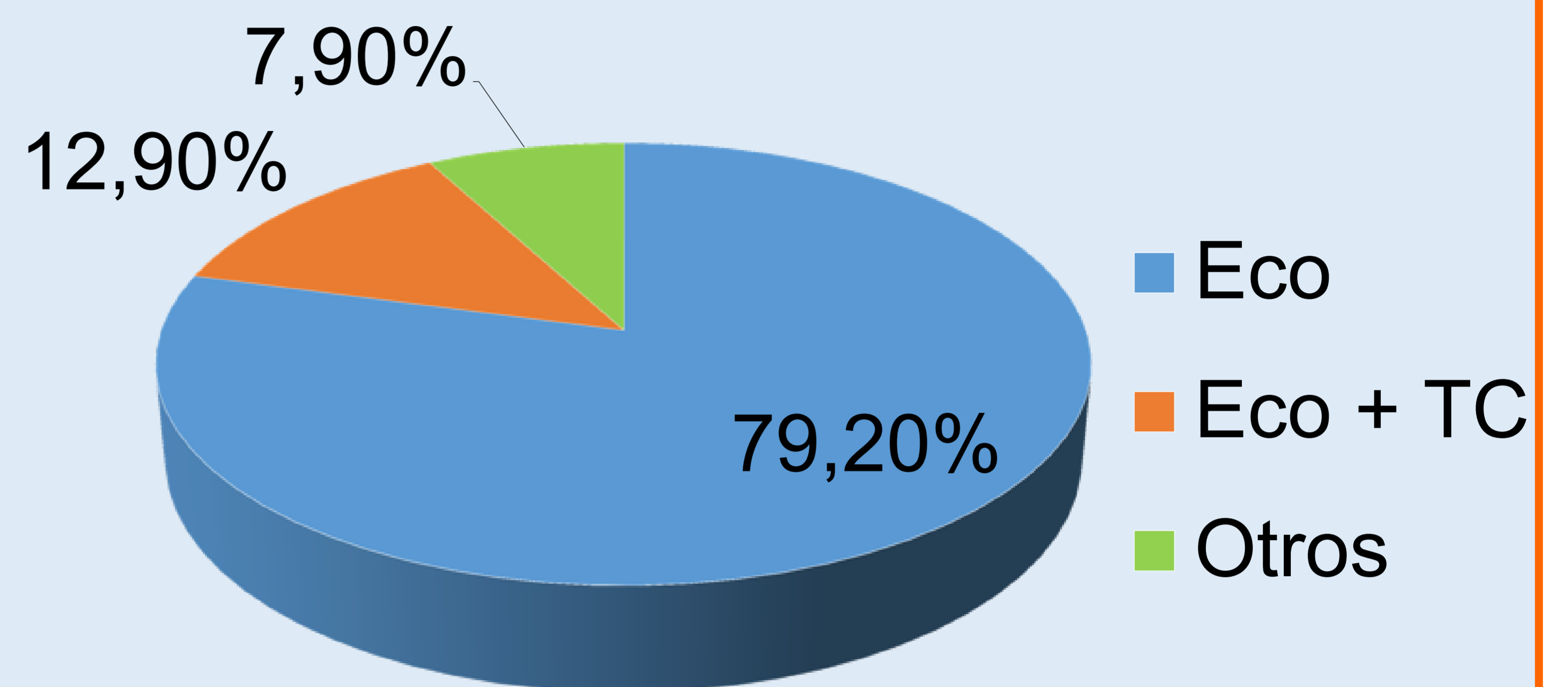


Fig. 5. Métodos de imagen para el diagnóstico

La pared de la vesícula fue más gruesa en las colecistitis agudas alitiásicas, aunque sin alcanzar significación estadística ($6,13 \pm 3,01$ y $4,66 \pm 1,96$ mm ($P = 0,136$)).

En las colecistitis agudas litiásicas (Fig. 6.), aunque también sin alcanzar significación estadística ($P > 0,05$), la estratificación de la pared de la vesícula fue más frecuente (90,7 % y 80,0 %), también la inflamación de la grasa perivesicular (84,6 % y 75 %) y las colecciones perivesiculares (21,2 % y 0 %).



Fig 6. Colecistitis aguda litiásica. Engrosamiento y estratificación de la pared de la vesícula, con tumefacción de la grasa adyacente y litiasis en su interior.

Sin embargo, los diámetros máximos de la vesícula fueron similares en ambos tipos de colecistitis ($43,22 \pm 9,10$ y $44,50 \pm 8,76$ mm ($P = 0,675$)).



Resultados:

C) MEJORÍA TRAS EL TRATAMIENTO:

Se realizó colecistostomía en el 61,6% (53/86) de los pacientes con colecistitis aguda litiásica y en el 50% (5/10) de los pacientes con colecistitis aguda alitiásica (Fig. 7).

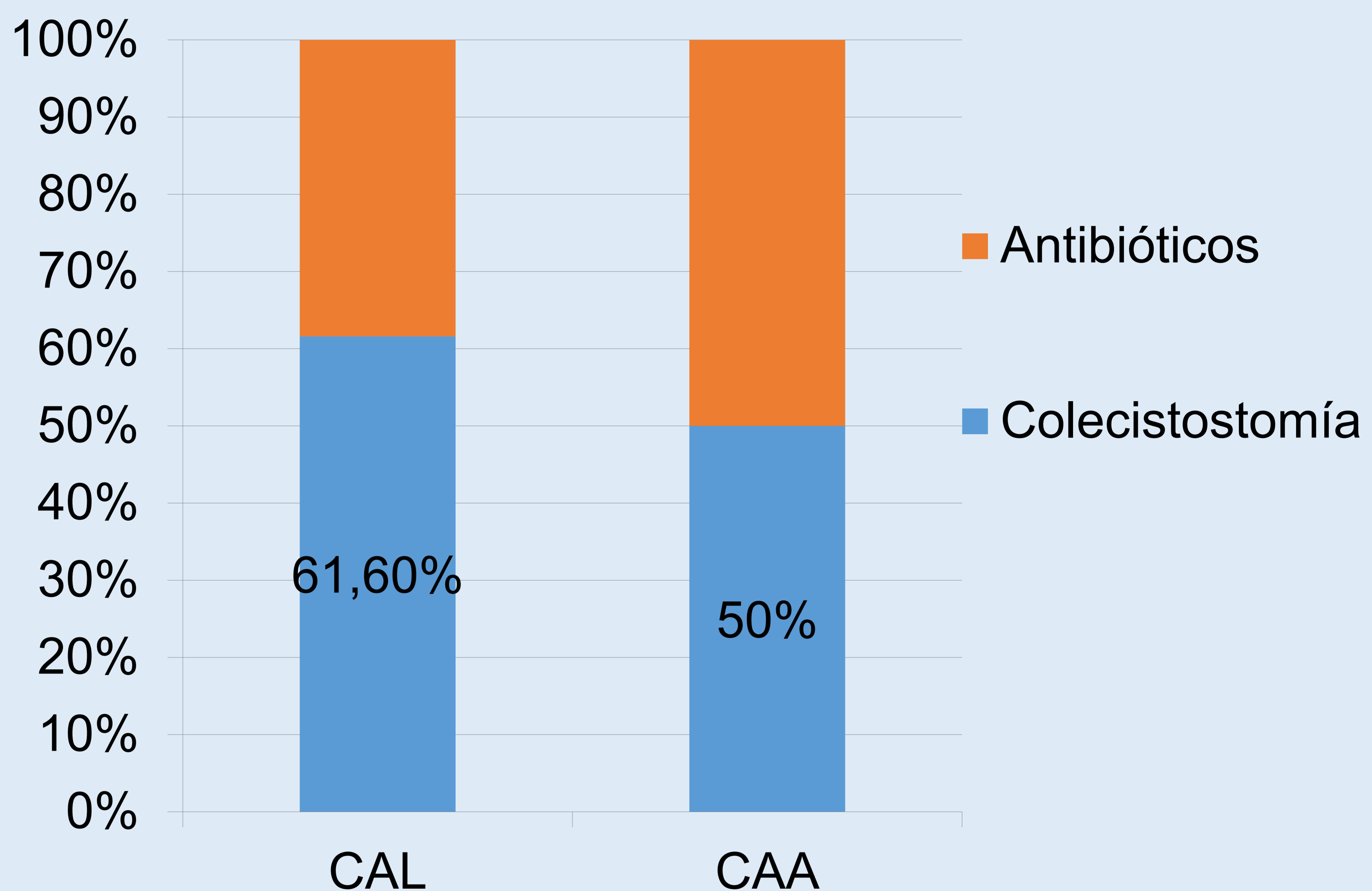


Fig. 7. Tipo de tratamiento de los diferentes tipos de colecistitis aguda.

Hubo mejoría clínica en:

-Grupo de colecistitis aguda litiásica: en 31/33 (93,9%) de los pacientes tratados con antibiótico y en 46/53 (86,8%) de los tratados con colecistostomía (Fig. 8).

-Grupo de colecistitis aguda alitiásica: en 4/5 (80%) de los pacientes tratados con antibiótico y en 5/5 (100%) de los tratados con colecistostomía (Fig. 9).



Resultados:

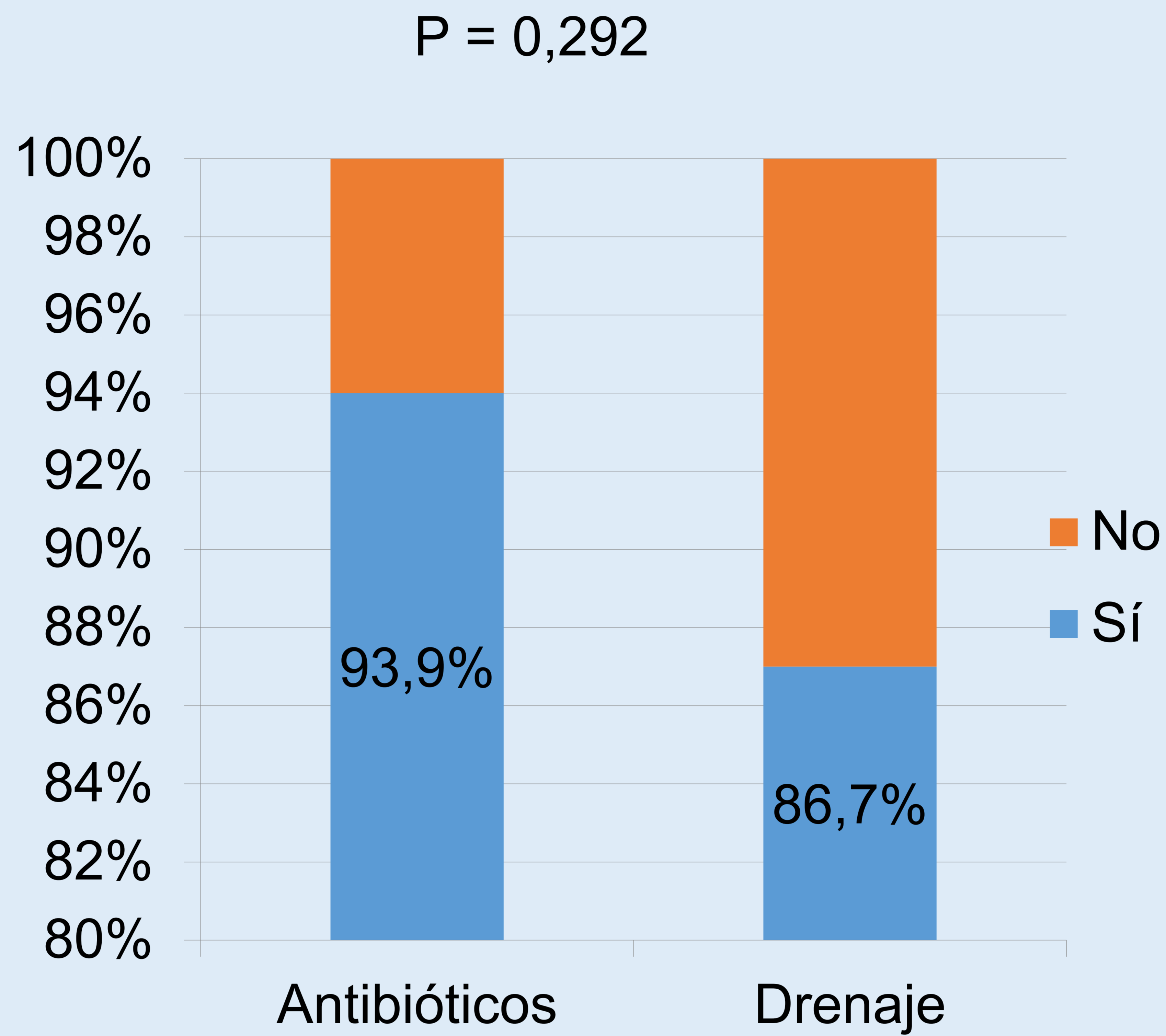


Fig. 8. Mejoría clínica en el grupo de CAL según el tipo de tratamiento.

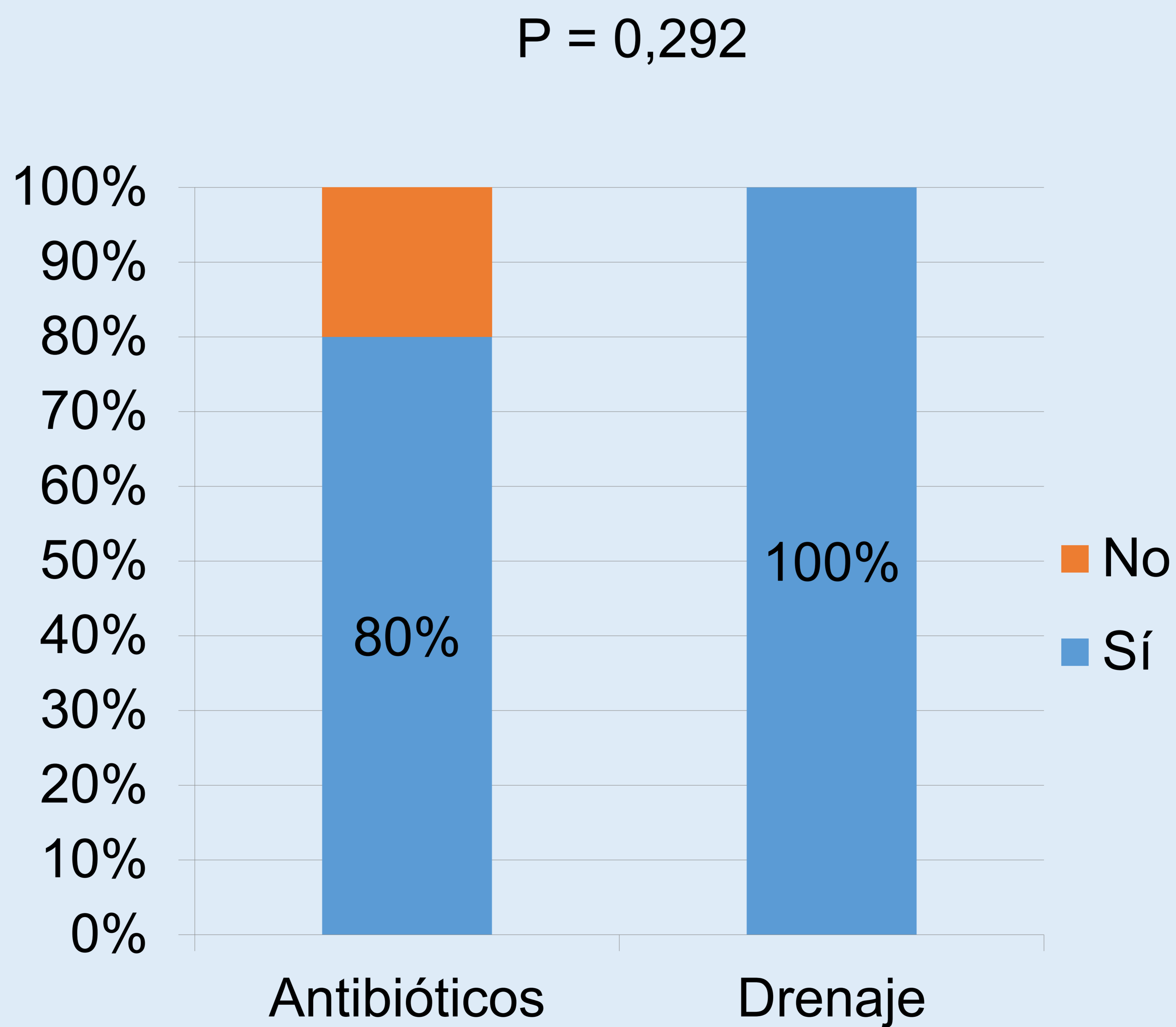


Fig. 7. Mejoría clínica en el grupo de CAA según el tipo de tratamiento.



Conclusiones:

En nuestro estudio, el grosor de la pared de la vesícula tendió a ser mayor en las colecistitis agudas alitiásicas. Pensamos que esto puede estar explicado por la fisiopatología de las colecistitis agudas alitiásicas, que parece producirse por fenómenos de isquemia en la pared de la vesícula, entre otras posibles causas¹.

El grosor de la pared de la vesícula ha sido uno de los pocos hallazgos de imagen que se ha relacionado con el pronóstico de los pacientes, según otros autores².

Por otro lado, según nuestros resultados, las colecistitis agudas litiásicas tienden a presentar mas cambios inflamatorios perivesculares que las alitiásicas.

No encontramos diferencias en la mejoría clínica obtenida en los pacientes con colecistitis agudas alitiásicas tratados con antibióticos frente a los tratados con colecistostomía, aunque el tamaño de nuestra muestra fue pequeño.

Conclusiones:

Como resumen de nuestro trabajo podemos decir:

-Las colecistitis agudas litiásicas parecen asociarse a mayor inflamación perivesicular que las alitiásicas, pero la pared es más gruesa en éstas últimas.

-La mejoría clínica en las colecistitis agudas alitiásicas fue similar en los pacientes tratados con colecistostomía frente a los tratados con antibióticos, aunque son necesarios más estudios con mayor tamaño de muestra.

-El diagnóstico se realizó más frecuentemente con ecografía.



Referencias:

1. Ryu JK, Ryu KH, and Kim KH. Clinical Features of Acute Acalculous Cholecystitis. J Clin Gastroenterol 2003; 36(2):166-169.
2. Menéndez-Sánchez P, León-Salinasb C, Amo-Salas M, Méndez-Ceady B, García-Carranza A. Asociación de parámetros analíticos y radiológicos en el diagnóstico de la colecistitis aguda. Revista de Gastroenterología de Mexico 2018: 1-6
3. Nikfarjam M, Manya K, Fink MA, Hadj AK, Muralidharan V, Starkey G, et al. Outcomes of patients with histologically proven acute acalculous cholecystitis. ANZ J Surg 2012; 82: 918–922.
4. Wang AJ, Wang TE, Lin C, Lin S, Shih S. Clinical predictors of severe gallbladder complications in acute acalculous cholecystitis. World J Gastroenterol 2003;9(12):2821-2823.