

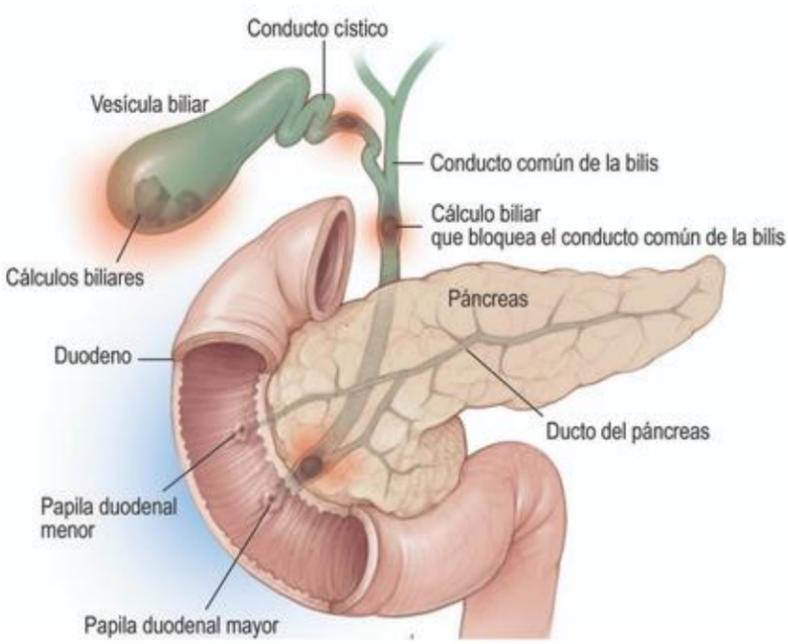
Colecistitis

Imagenología

Definición

Es una entidad clínica caracterizada por la inflamación de la pared vesicular que se manifiesta habitualmente por dolor abdominal, sensibilidad en hipocondrio derecho y fiebre.

Su mortalidad total está en torno al 10%, pero es mayor en las formas acalculosas, en pacientes de 75 o más años y en presencia de ciertas comorbilidades (diabetes mellitus, inmunodepresión, etc.)



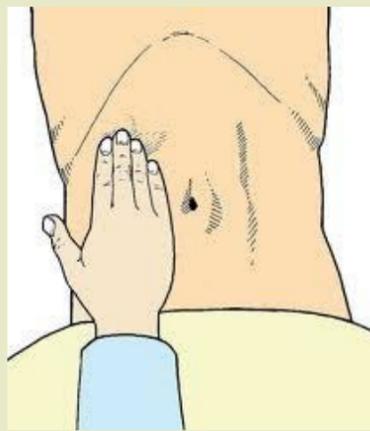
Etiopatogenia

La litiasis biliar es la causa más frecuente de colecistitis (90%). Hay dos factores que determinan la progresión a CA: el grado y la duración de la obstrucción. Si la obstrucción es parcial y de corta duración, el paciente sufre un cólico biliar. Si la obstrucción del conducto cístico es completa y de larga duración el incremento en la presión vesicular asociado a la irritación mucosa, se activa la respuesta inflamatoria aguda. Este hecho, unido a la disminución del flujo vascular de la pared secundaria a la propia distensión, hace que el paciente finalmente sufra una colecistitis.

Los microorganismos hallados más comúnmente son: *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Enterococcus faecalis*, *Enterobacter spp.* y *Streptococcus faecalis*.

En los casos más graves pueden encontrarse también anaerobios como *Bacteroides fragilis* o *Clostridium perfringens*.

Cuadro clínico



Dolor abdominal agudo. Se trata de un dolor localizado en el hipocondrio derecho (HCD), constante, de duración generalmente superior a 5 h, típicamente irradiado a la espalda, y que se acompaña frecuentemente de náuseas, vómitos y fiebre que oscila entre 37,5 y 39°C. El examen físico suele mostrar un área de hipersensibilidad en el HCD y la palpación durante la inspiración profunda, dolor a ese nivel y cese inspiratorio (signo de Murphy).

Algunos signos, como inestabilidad hemodinámica, fiebre alta, acidosis metabólica o íleo, indican mayor gravedad y debería descartarse la presencia de colecistitis gangrenosa y/o perforación vesicular. En los análisis son habituales la leucocitosis con neutrofilia y un incremento de la proteína C reactiva (PCR). A menudo se observa un incremento leve de la actividad de aminotransferasa y amilasa, normalmente < 3 veces el límite superior de la normalidad.

Pruebas de imagen

La técnica de elección para el diagnóstico de colecistitis es la ecografía abdominal. Su sensibilidad y su especificidad son del 88 y el 80% respectivamente, y a pesar de que es una técnica dependiente del operador, tiene un valor predictivo positivo del 92%, por lo que resulta suficiente para confirmar el diagnóstico en la mayoría de los casos.

- Engrosamiento de la pared vesicular > 4 mm (si el paciente no tiene hepatopatía crónica y/o ascitis o insuficiencia cardíaca derecha)
- Aumento del diámetro vesicular > 8 cm
- Demostración de litiasis biliar
- Colecciones líquidas pericolicísticas
- Presencia de barro biliar
- Trilaminación de la pared vesicular
- Banda intermedia continua y focal hiperecogénica
- Tomografía computarizada
- Engrosamiento de la pared vesicular
- Colecciones pericolicísticas
- Distensión vesicular
- Áreas de alta densidad lineal en la grasa pericolecística
- Gammagrafía con HIDA-Tc
- No se visualiza la vesícula 1 h después de la administración del radiotrazador con captación y excreción del radiotrazador normales

Criterios radiológicos

