

Colecistitis aguda acalculosa en postoperatorio de cirugía aórtica

Juliá, J.; Tadeo Gómez, F.; Lozano, P. y Manuel-Rimbau, E.

Servicio de Angiología y Cirugía Vascular. Hospital «Son Dureta». Palma de Mallorca.

Palabras clave: colecistitis aguda acalculosa, cirugía aórtica, aneurisma de aorta.

Key words: acalculous acute cholecystitis, aortic surgery, aortic aneurism.

Juliá J, Tadeo Gómez F, Lozano P, Manuel-Rimbau E. Acute acalculous cholecystitis following aortic surgery. *Rev Esp Enferm Dig* 1999;91:522-3.

Sr. Editor:

La colecistitis aguda postoperatoria es una complicación con una alta mortalidad. Se describió por primera vez en 1947 como complicación postoperatoria y últimamente se ha asociado a graves traumatismos o cirugía mayor en pacientes debilitados. Describimos un caso de colecistitis aguda acalculosa en el postoperatorio inmediato de una resección de aneurisma de aorta con desenlace fatal.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 62 años de edad que acude a Urgencias por presentar dolor epigástrico continuo desde hacía 15 días. Al ingreso el paciente presentaba estabilidad hemodinámica y dolor a la palpación abdominal, donde además se constató la presencia de una masa pulsátil. Los pulsos arteriales estaban presentes en la extremidad inferior derecha, siendo ausentes en la izquierda.

El hemograma y la bioquímica general fueron normales. Se realizó una ecografía abdominal que mostró la presencia de un aneurisma de aorta abdominal de 6 cm de diámetro máximo. No había signo de colecistitis. La TAC practicada al paciente evidenciaba un aneurisma de aorta yuxtarenal de 6 cm de diámetro que afectaba hasta la bifurcación iliaca sin signos de rotura. La vesícula biliar tenía un aspecto estrictamente normal (Fig. 1).

Se completó el estudio con una arteriografía que mostraba el aneurisma yuxtarenal, así como la oclusión de la iliaca externa izquierda y opacificación de la femoral común.

A los 15 días se intervino al paciente, practicando a través de una laparotomía oblicua izquierda por décimo espacio intercostal y abordaje retroperitoneal una resección del aneurisma e interpo-



FIG. 1.—Tomografía axial del abdomen con contraste intravenoso y oral. Se aprecia el aneurisma infrarenal con trombo mural. La vesícula no está dilatada ni presenta alteraciones tomográficas en su pared.

sición de prótesis de Dacron de 20 mm desde aorta yuxtarenal a bifurcación aórtica en forma término-terminal y un by-pass aortofemoral izquierdo con Dacron 8 mm. Durante el acto se constató la presencia de una arteria polar derecha de gran calibre que nacía del aneurisma, por lo que se reimplantó a la prótesis. La arteria mesentérica inferior estaba ocluida crónicamente. No hubo alteraciones hemodinámicas durante la cirugía y el tiempo de clampaje total fue de 30 minutos. A las 8 horas de la cirugía se extubó al paciente, presentando estabilidad hemodinámica y pulsos positivos a todos los niveles. A las 36 horas presenta hipotensión arterial, distensión abdominal y parada cardíaca que recupera tras maniobras de resucitación. Se realizó una colonoscopia que no fue concluyente por mala preparación del colon, pero que constataba algunas áreas de necrosis en mucosa de colon descendente. Con el probable diagnóstico de isquemia mesentérica y shock séptico se interviene al paciente con carácter urgente, practicándose laparotomía media. Se objetivó un coleperitoneo masivo y colecistitis gangrenosa acalculosa. El colon presentaba buen color y contractilidad en todo su trayecto y no había signos de sangrado retroperitoneal. Se realizó colecistectomía y lavados de la cavidad abdominal, dejando drenajes abdominales. El curso postoperatorio del paciente fue malo, con shock refractario a pesar de la administración de drogas vasoactivas, siendo exitus a las 6 horas. El resultado anatomopatológico de la pieza fue colecistitis gangrenosa sin cálculos.

COMENTARIO

La colecistitis aguda acalculosa postoperatoria es una complicación grave asociada a altas tasas de mortalidad (1, 2, 4).

Correspondencia:

JAUME JULIÁ. Servicio Cirugía Vascular. Hospital «Son Dureta». Andrea Doria, 55. 07014 Palma de Mallorca.

Recibido: 20-I-98.

Aceptado: 9-VI-98.

Solamente entre el 5 y el 10% de las colecistitis agudas son acalculosas, pero su incidencia es mayor entre los casos de colecistitis postraumática o postoperatoria (2). La patogénesis de esta entidad no está clara, pero se han postulado una serie de factores predisponentes. El más importante parece ser el estasis biliar, que a su vez provocaría un aumento en la viscosidad de la bilis y la posterior obstrucción del conducto biliar. También se ha observado una mayor incidencia de colecistitis postoperatoria en pacientes sometidos a transfusiones masivas de sangre, hecho que también parece provocar una alteración de la viscosidad de la bilis (2) que podría explicar la aparición de colecistitis acalculosas en enfermos jóvenes politraumatizados sin otros factores de riesgo. Los analgésicos como la morfina, frecuentemente utilizados en este tipo de pacientes, podrían jugar su papel en la patogénesis de esta complicación. La isquemia de la vesícula ha sido también implicada como factor desencadenante de la colecistitis aguda acalculosa. Las situaciones de shock por hipovolemia, sepsis o fallo cardiorrespiratorio pueden provocar necrosis de la mucosa de la vesícula y junto a otros factores asociados como estasis biliar o bacteriemia provocar la necrosis de la pared. La hipotensión mantenida puede ser suficiente para provocar lesiones isquémicas en la vesícula a pesar de que parece claro que la trombosis aislada de la arteria cística no es suficiente para causar colecistitis (6). Esta situación es particularmente aplicable a pacientes ancianos con deterioro de su aparato circulatorio periférico.

La asociación de esta complicación con cirugía aórtica es muy rara. Hagino ha encontrado una incidencia del 1% sobre 996 casos de cirugía aórtica, de las cuales siete (0,7%) eran acalculosas (4). Este porcentaje aumentaba hasta el 13,6% si la cirugía era urgente por rotura del aneurisma, en contraposición con una incidencia de sólo el 0,28% si la cirugía era electiva. Esta diferencia, estadísticamente significativa ($p=0,0001$), ha sido constatada por otros autores como Ouriel (1). La razón podría ser la coincidencia de factores predisponentes en los pacientes sometidos a cirugía urgente por rotura de aneurisma de aorta, como son la edad avanzada, la hipotensión mantenida, el uso de morfínicos durante periodos largos de tiempo, así como la politransfusión y la nutrición parenteral prolongada.

La aparición de esta complicación varía entre varios días y semanas tras la cirugía, por lo que el diagnóstico suele ser fácil cuando la enfermedad se sospecha. Aunque el dolor abdominal, la fiebre, la leucocitosis y la alteración de los enzimas hepáticos es un hallazgo bastante frecuente tras

cirugía aórtica, el paciente con colecistitis mostrará un empeoramiento de estos signos cuando deberían estar mejorando. La ecografía abdominal y la tomografía confirmarán el diagnóstico en la mayoría de las ocasiones. No se ha constatado en la literatura ningún caso de colecistitis tras cirugía aórtica con inicio tan precoz y evolución tan fulminante. En el caso que hemos presentado la rapidez y gravedad de la sintomatología fue provocada por la perforación de la vesícula y el coleperitoneo posterior.

La mortalidad de la colecistitis aguda tras cirugía aórtica es muy alta. Algunos autores muestran cifras que varían desde el 50 hasta el 71% (1, 3, 4), y algunos de ellos reflejan el hecho de que la mortalidad de las colecistitis acalculosas es el doble que la de las colecistitis litíicas (3).

El tratamiento de esta complicación pasa irremediablemente por el diagnóstico precoz de la complicación. El *screening* previo a cirugía aórtica en busca de patología vesicular se ha demostrado de escaso valor (5) y la cirugía combinada aórtica y vesicular en el mismo acto presenta muchas dudas, por lo que el tener presente la posibilidad de esta complicación es seguramente la mejor profilaxis. La colecistectomía parece el tratamiento de elección, aunque algunos autores defienden también la colecistostomía (1, 4). A pesar del diagnóstico y tratamiento precoz, la colecistitis aguda acalculosa postoperatoria es una complicación potencialmente letal, aunque afortunadamente rara.

BIBLIOGRAFÍA

- Ouriel K, Green R, Ricotta J. Acute acalculous cholecystitis complicating abdominal aortic aneurysm resection. *J Vasc Surg* 1984;1(5):646-8.
- Jönsson PI, Andersson A. Postoperative acute acalculous cholecystitis. *Arch Surg* 1976;111(10):1097-101.
- Scher K, Sarap M, Jagers R. Acute acalculous cholecystitis complicating aortic aneurysm repair. *Surg Gynecol Obstet* 1986;163(5):475-8.
- Hagino RT, Valentine RJ, Clagett GP. Acalculous cholecystitis after aortic reconstruction. *J Am Coll Surg* 1997; 184(3): 245-8.
- Evans WE, Hayes JP, Waltke EA, Kleckner SC. Screening for cholelithiasis prior to aortic reconstruction. *Am J Surg* 1989;157(2):208-9.
- Neidhart JH, Barbe C, Morin A. Cholecystites aigues post-operatoires non lithiasiques. *Lyon Chir* 1972;68:106-11.