

SAGE Joven es un grupo formado por gastroenterólogos jóvenes con ganas de generar actividades, estrechar lazos y escuchar propuestas.

Conocenos más en: www.sage.org.ar/sagejoven



Solución del caso.

Vecinos que no se encuentran frecuentemente

Viene de la página 254

Solución del caso clínico

Por los hallazgos descriptos, asociados a la evolución tórpida del paciente (persistencia de leucocitosis y registros febriles diarios), se decide conducta quirúrgica. Hallazgo intraoperatorio: vesícula tensa, de paredes engrosadas con colección perivesicular biliosa que se aspira. Placas de citosteatonecrosis, lito suelto en cavidad abdominal.

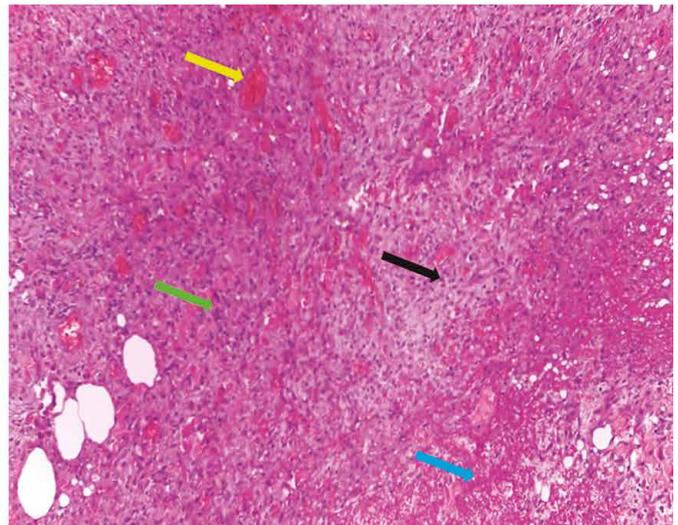
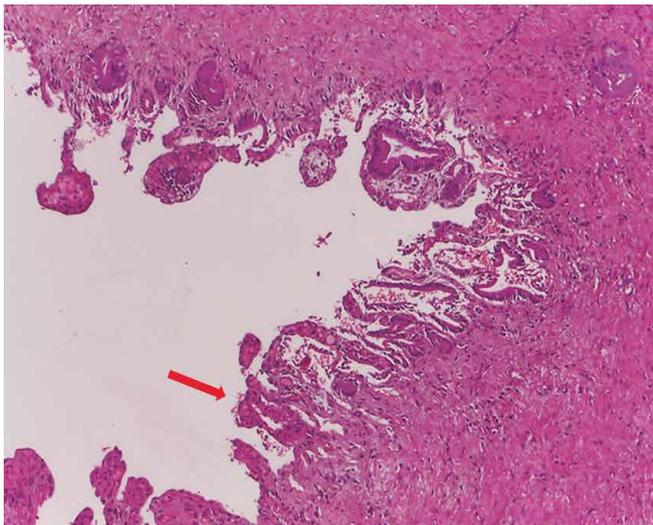
Histología: (Figuras 3 y 4) pared vesicular con esfacelo de la mucosa (flecha roja), zonas de necrosis (flecha azul), congestión vascular (flecha amarilla) e infiltrado inflamatorio de tipo mononuclear (flecha verde), fibrosis parietal (flecha negra) e hipertrofia de los filetes nerviosos.

La litiasis vesicular es una afección común que ocurre en el 10-15% de la población en países desarrollados. El 20% puede presentar colecistitis aguda.¹

La pancreatitis aguda también es habitual, con una incidencia anual en el mundo de 4,9-73,4 casos cada 100.000 habitantes. La etiología litiásica representa el 50% de los casos.¹

La colecistitis aguda asociada a pancreatitis aguda litiásica se encuentra con poca frecuencia en la práctica clínica. Sin embargo, existen estudios que reportan que el 40% de las vesículas poscolecistectomía luego de un cuadro de pancreatitis aguda presentan colecistitis en la

Figura 3 y 4. Histología



biopsia. Una causa propuesta es que la inflamación de la vesícula biliar es provocada por el reflujo pancreático en contexto de una pancreatitis previa.¹⁻³

Se desconoce el impacto clínico de esta asociación, ya que en la mayoría de los casos concomitantes la colecistitis es subclínica.²

En cuanto al diagnóstico, la ecografía aislada no es un método confiable para realizar un diagnóstico definitivo de colecistitis en el contexto de pancreatitis, por lo que debe cotejarse con la clínica y los parámetros bioquímicos, utilizando los criterios de Tokio, que poseen una sensibilidad del 80%.⁴

El diagnóstico de colecistitis asociada a pancreatitis repercute en la necesidad de utilizar antibióticos y el requerimiento de colecistectomía de urgencia en caso de complicaciones como colecistitis enfisematosa o perforación.⁴

Referencias

1. Jeong-moh JY, Toan P. The tales of two neighbours: when cholecystitis does not preclude pancreatitis. *Journal of Surgical Case Reports* 2019; 2: 1-3.
2. Hung A, Honakeri S, Giles A, Steger A. Prevalence of cholecystitis in gallbladder histology following clinical pancreatitis: cohort study. *JRSM Short Rep* 2013; 4: 2042533313490294.
3. Perera M, Pham T, Toshniwal S, Lennie Y, Chan S, Houli N. A case of concomitant perforated acute cholecystitis and pancreatitis. *Case Rep Surg* 2013; 2013: 263046.
4. Pereira J, Afonso AC, Constantino J, Matos A, Henriques C, Zago M, *et al.* Accuracy of ultrasound in the diagnosis of acute cholecystitis with coexistent acute pancreatitis. *Eur J Trauma Emerg Surg* 2017; 43: 79-83.