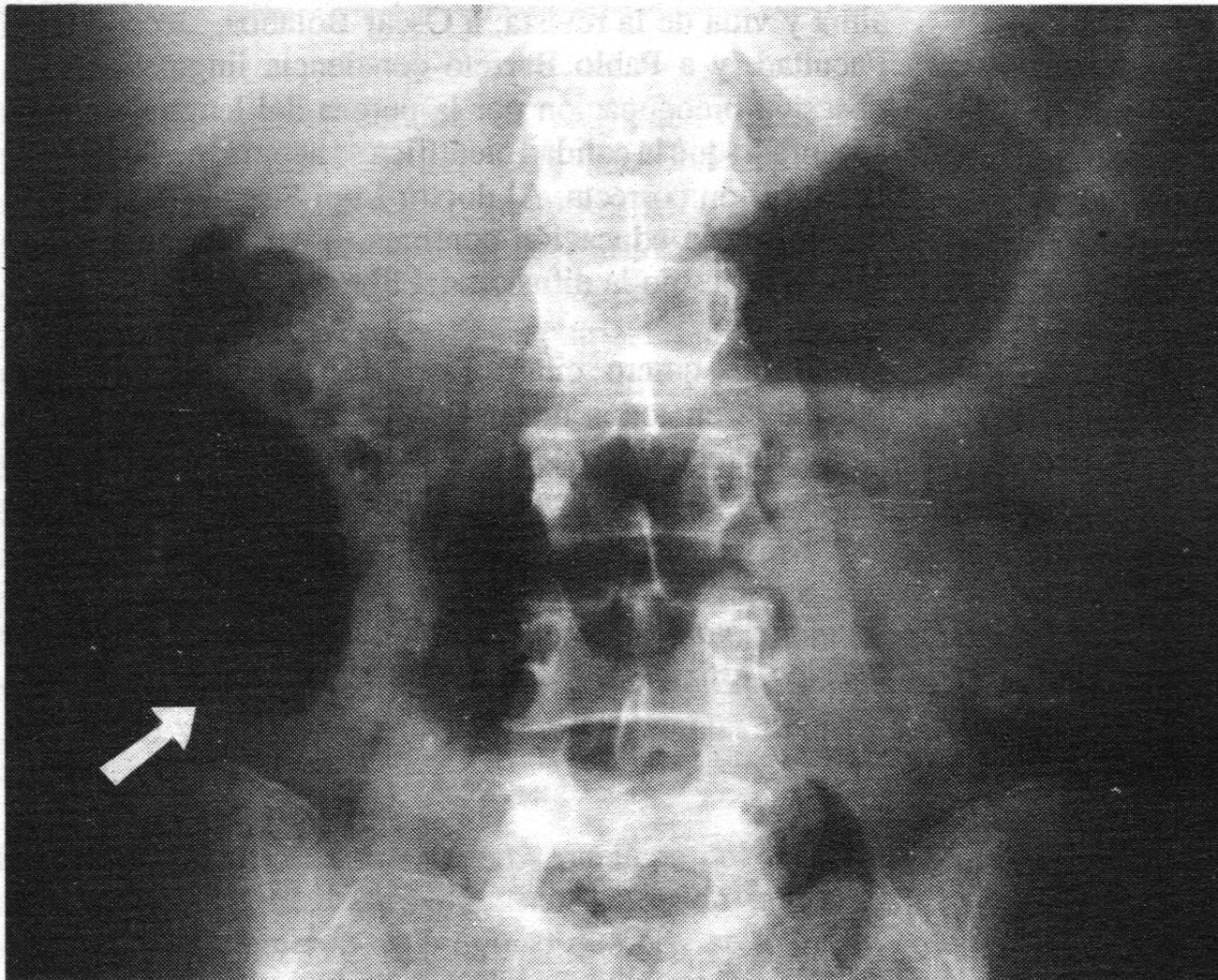


**Sección: Caso radiológico**

**El caso radiológico**

**Carlos Chamorro-Mera, M.D.<sup>1</sup>**



**DESCRIPCION DEL EXAMEN**

La placa en decúbito supino muestra gas en el estómago, dilatación leve del colon transverso y muy poco gas en el intestino delgado. No se ven calcificaciones biliares, pancreáticas, renales o de otro tipo. Hay imagen gaseosa en forma de pera con el cuello a la altura de la última costilla derecha y el fondo por encima de la cresta ilíaca del mismo lado (flecha). En la columna lumbar se ven signos de artrosis leves.

**POSIBILIDADES DIAGNOSTICAS**

1. Fístula biliodigestiva.
2. Ileo biliar.
3. Colecistitis enfisematosa (gangrena vesicular).

**HAGA SU DIAGNOSTICO**

Hombre de 55 años, que consulta por dolor agudo en el hipocondrio derecho. El dolor comenzó dos días antes, después de un almuerzo copioso de "rellena y fritos"; no ha calmado con los antiespasmódicos usuales empleados en el tratamiento de los cólicos. Se nota agudamente enfermo.

Al examen hay dolor sobre la zona de la vesícula biliar, presenta signo de Murphy positivo. Hay leucocitosis de 13,500 con predominio de neutrófilos. Se toma radiografía simple de abdomen.

**DISCUSION**

1. La fístula biliodigestiva se origina cuando se produce una comunicación anormal entre las vías biliares y el tubo digestivo, que es la eventualidad más frecuente, pues se han informado otras clases de fístulas entre las vías biliares y el sistema urinario, y en excepcionales circunstancias con la aorta y el árbol bronquial<sup>1</sup>. Las fístulas biliodigestivas se forman por las adherencias inflamatorias de la vesícula con el duodeno y la presión ejercida por los cálculos.

Con menos frecuencia la causa es una úlcera perforada del duodeno<sup>2</sup>, los tumores y los traumatismos, o la cirugía del esfínter de Oddi que ocasiona reflujo del duodeno a la vía biliar. Además del duodeno las vías biliares se pueden

\* Profesor Titular, Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali, Colombia..

comunicar con el colon y el estómago. La imagen radiológica es el dibujo de las vías biliares con el medio gaseoso llamado neumobilia, hecho que no se presenta en este paciente. La neumobilia permite ver los conductos biliares principales y el colédoco<sup>3</sup>; puede ser hallazgo radiográfico en pacientes asintomáticos<sup>4</sup>.

2. El íleo biliar es la obstrucción intestinal causada por cálculos biliares que han salido de la vesícula a través de una fístula entre la vesícula y el duodeno. Al llegar el o los cálculos al íleon terminal, zona de menor calibre del intestino delgado y en donde existe además la válvula ileocecal, se produce la obstrucción intestinal. Hay una tríada radiológica del íleo biliar que no se encuentra en todos los pacientes afectados por esta patología. La tríada consiste en signos de obstrucción intestinal, presencia de gas en las vías biliares y cálculos calcificados en el íleon terminal que se proyecta en la zona correspondiente a la fosa ilíaca derecha o pelvis menor.

En el caso que se estudia, no hay signos de obstrucción intestinal clínica ni radiológicamente; tampoco hay gas en las vías biliares. El íleo biliar se presenta más en mujeres por encima de los 50 años.

3. La colecistitis enfisematosa o gangrena vesicular es una entidad muy aguda que aparece con mayor frecuencia en pacientes diabéticos entre 20%-50%<sup>4,5</sup>, con preferencia por el sexo masculino. El gas que está en la luz de la vesícula, en sus paredes y a veces alrededor de ella, y en las vías biliares, se debe a la proliferación de gérmenes productores de gas como *Clostridium welchii*, *C. oedematis*, *Escherichia perfringens*, *E. coli* o el estreptococo anaerobio. Un punto importante para tener en cuenta es la isquemia de la vesícula que incluye la obstrucción de la arteria cística y también la obstrucción del conducto cístico<sup>4</sup>. Recuérdese que muchos de estos pacientes son diabéticos en quienes la obstrucción arterial en cualquier

sitio del organismo es mucho más común que en una población normal<sup>1,4,5</sup>.

La vesícula enfisematosa, con zonas de gangrena y necrosis es muy friable, con elevada incidencia a la perforación, cinco veces mayor que en otro tipo de colecistitis<sup>6</sup>, de ahí la urgencia en diagnosticar y llevar a cirugía a estos pacientes. Es frecuente la asociación con cálculos y vesícula enfisematosa.

La colecistitis enfisematosa por las características anteriores difiere de otro tipo de colecistitis<sup>5,6</sup>. En estos pacientes son útiles las radiografías en decúbito y en posición de pies, con el fin de evaluar el nivel hidroaéreo intravesicular y la presencia de gas en las paredes de la vesícula<sup>4</sup>.

## DIAGNOSTICO FINAL

Colecistitis enfisematosa (gangrena vesicular). Colecistolitiasis.

## REFERENCIAS

1. Berk, RN & Clementt, AR. *Radiología de la vesícula y vías biliares*. Pp. 23-30. Editorial Médica Panamericana. México, Caracas, Madrid, 1979.
2. de Lima, E, Manzano, C, Moreno, CH, García, FT & Mayoral, LG. Fístula colédoco-duodenal. Informe de un caso. *Colombia Med*, 1977, 8: 131-133.
3. Mentzer, RM, Golden, GT, Chandler, JG & Horsley, JS. A comparative appraisal of emphysematous cholecystitis. *Am J Surg*, 1975, 129: 10-15.
4. Sarmiento, RV. Emphysematous cholecystitis. Report of four cases and review of the literature. *Arch Surg*, 1966, 93: 1009-1014.
5. Margulis, AR & Burhenne, HJ. *Radiología del aparato digestivo*. Pp. 1236-1238. Salvat Editores, Barcelona, 1977.
6. Campbell, EW & Rogers, CL. Submucosal gallbladder emphysema. *JAMA*, 1974, 227: 790-794.