

Reporte de caso



Colecistitis litiásica crónica agudizada y apendicitis aguda perforada en un mismo paciente. Reporte de caso

Chronic acute lithiasis cholecystitis and acute appendicitis perforated in the same patient. Case Report

Segundo Santiago Bueno Mejía¹; Marcía Flor Lara Hernández²;
Ana María Coronel Lara³; Kerly Rocio Vera Troya⁴

Fecha recepción: 07-09-2022

Fecha aceptación: 21-11-2022

Fecha publicación: 27-12-2022

¹ Especialista en Atención Primaria de la Salud Hospital Ceibos IESS, Guayaquil, Ecuador

² Especialista en Medicina Interna Hospital TMC, Guayaquil, Ecuador

³ Médico, Centro de Salud Tipo A Nueva Esperanza, Paján, Ecuador

⁴ Lcda Terapia respiratoria Hospital Ceibos IESS, Guayaquil, Ecuador

RESUMEN

Apendicitis aguda y colecistitis aguda son diagnósticos realizados en forma común por cirujanos generales, sin embargo, su descripción en un mismo momento quirúrgico y paciente son poco frecuentes. El dolor abdominal agudo en ancianos representa el 10% de las consultas de urgencias, el 50% requiere hospitalización y un 30 a 40%, intervención quirúrgica en relación a la población joven, que es de un 16% de requerimiento de resolución quirúrgica. Paciente masculino de 71 años, antecedentes diabetes mellitus tipo 2 y litiasis vesicular diagnosticada, acudió a consulta de emergencia por dolor en hipocondrio derecho con intensidad 8/10 tipo cólico, se exacerba con la ingesta de alimentos grasos, disminuye con la dieta libre de grasa y analgesia antiespasmódica, Murphy positivo con 4 días de evolución irradiado hacia flanco, signo de McBurney positivo, signo de Rovsing positivo, leucocitos, programado para cirugía de emergencia. Se recomienda a los pacientes que ya conocen su diagnóstico de litiasis vesicular por ecografía acudir a los respectivos controles programados para resolución quirúrgica y evitar complicaciones agudas aumentado de morbimortalidad, estancia hospitalaria y mayor costo económico para el Estado.

PALABRAS CLAVE:

Apendicitis.

Colecistitis.

Dolor abdominal

1. E-mail: msgt_97@hotmail.com

ORCID iD: 0000-0002-0290-6194

ABSTRACT

Acute appendicitis and acute cholecystitis are diagnoses performed in a common way by general surgeons, but their description at the same surgical and patient times are rare. Acute abdominal pain in the elderly represents 10% of the emergency room visits, 50% require hospitalization and 30% to 40% require surgical intervention. relative to the young population that is 16% requiring surgical resolution. A 71-year-old male patient, a history of type 2 diabetes mellitus and diagnosed vesicular lithiasis, came to the emergency room for pain in the right hypochondrium with 8/10 colic type, exacerbated with fatty food intake, decreased with fat-free diet and antispasmodic analgesia, positive Murphy with 4 days of evolution irradiated to the flank, Mc Burney positive sign, Rovsing positive sign, leukocytes, programmed for emergency surgery, It is recommended to patients who already know their diagnosis of vesicular lithiasis by ultrasound, To the respective programmed controls for surgical resolution and to avoid acute complications increased of morbimortality, hospital stay and greater economic cost for the state.

KEYWORDS:

*Appendicitis.
Cholecystitis.
Abdominal Pain*

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de apendicitis y colecistitis aguda en un mismo paciente es poco frecuente y, por lo tanto, poco informado en el preoperatorio, siendo un hallazgo en el trasquirúrgico y luego confirmado con el estudio histopatológico; cabe referir que los únicos casos informados proceden de Europa oriental y un caso en Argentina y México ^{(1) (2) (3) (4)}. Apendicitis aguda y colecistitis aguda son alguno de los diagnósticos realizados en forma común por los cirujanos generales, sin embargo, su descripción en un mismo momento quirúrgico y paciente son poco frecuentes. El dolor abdominal agudo en ancianos representa el 10% de las consultas de urgencias, el 50% requiere hospitalización y un 30 a 40%, intervención quirúrgica. en relación a la población joven que es de un 16% de requerimiento de resolución quirúrgica ⁽¹⁾. Paciente con cuadro de dolor abdominal agudo requiere una correcta evaluación clínica y la realización de exámenes complementarios para descartar o confirmar una intervención quirúrgica, y reducir la morbilidad de la población, además de prevenir las posibles complicaciones que traen consigo mayor estancia hospitalaria y costo económico para el Estado.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 71 años, antecedentes patológicos diabetes mellitus tipo 2 y litiasis vesicular diagnosticada 5 meses antes del ingreso, acudió a consulta de emergencia por dolor en hipocondrio

derecho con intensidad 8/10 tipo cólico intermitente irradiado hacia epigastrio, que se exacerba con la ingesta de alimentos grasos, disminuye con la dieta libre de grasa y analgesia antiespasmódica, Murphy positivo con 4 días de evolución irradiado hacia flanco, signo de McBurney positivo, signo de Rovsing positivo, diarrea, náuseas, vómitos y fiebre. Leucocitos 7.760 mm³, neutrófilos 90.4%, hemoglobina 10.1, signos vitales PA 130/70 mmHg FC 78 x min. FR 20 x min. Ultrasonido reveló vesícula biliar distendida, pared fina con tres cálculos en su interior que miden 4, 5 y 6 mm. Se observa a nivel de fosa iliaca derecha asa intestinal tubular más escaso liquido interesaa.

Se realiza admisión del paciente con diagnóstico de abdomen agudo CIE 10 (R100), elaboración de los formularios correspondientes a historia clínica única, consentimiento informado, parte operatorio, profilaxis antibiótica previa a la cirugía abdominal se realizó con ceftriaxona 1 g IV. Anestesia general, analgesia infusión intravenosa de tramadol 10 ml hora y paracetamol intravenoso 1 g, IV cada 8 horas. Se realizó laparoscopia exploratoria mediante 3 puertos, encontrándose hallazgos: adherencias perivesiculares, vesículo-duodenales, colo-vesiculares, colédoco-vesiculares y hepatocolónicas, plastrón vesicular más empiema vesicular, vesícula biliar perforada, conducto cístico edematoso. Apéndice subserosa grado II de implantación alta, plastrón apendicular que involucra ciego y omen-

to mayor. Paciente evoluciona favorablemente, es dado de alta después de 48 horas del posoperatorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Es muy importante el diagnóstico clínico en el inicio agudo de los síntomas y su apoyo con los exámenes complementarios para tener una mejor valoración. En el caso descrito, el cuadro clínico era de varios meses de evolución, ya diagnosticado por ecografía de hígado y vías biliares el contenido de cálculos vesiculares, por lo que la sospecha diagnóstica fue de una colecistitis aguda litiásica, sin tener en evidencia clínica un cuadro inflamatorio agudo perforado de apéndice cecal. Con respecto a nuestro caso, son pocos los reportados.

En el 2012 se reportó un caso operado por vía laparoscópica de colecistolitiasis y apendicitis aguda, ambos procesos diagnosticados preoperatoriamente ⁽²⁾.

En el 2008 se reportó un caso pediátrico niño de 11 años el diagnóstico se basó en la sospecha clínica, la exploración física y exámenes complementarios, como la ecografía, siendo el método de elección por su alta especificidad y accesibilidad ^{(3) (5) (6)}.

En el 2007 se reportó un caso de colecistitis y apendicitis en embarazada; la apendicitis aguda y la litiasis vesicular sintomáticas son las indicaciones más comunes para los procedimientos quirúrgicos no obstétricos en embarazadas ^{(4) (7)}.

Cabe indicar que la presentación de estos cuadros clínicos simultáneos es inusual.

La presentación simultánea de colecistitis aguda con un cuadro de apendicitis aguda es poco frecuente, además, la información científica de casos reportados es escasa. En nuestro caso particular, el paciente fue ingresado con diagnóstico de abdomen agudo CIE 10 (R100), dolor a nivel de hipocondrio derecho ⁽⁸⁾, con sospecha de colecistitis aguda con el antecedente de litiasis vesicular diagnosticada por ecografía; y fue programado para realizarse laparoscopia exploratoria ^{(9) (10) (11) (12)}.

En el transoperatorio se encuentra como hallazgo un cuadro de apendicitis aguda abscedada, el cual fue resuelto por la misma vía, aquí se evidencia el gran uso que nos oferta el uso de la laparoscopia en este tipo de emergencias, ya que nos ayuda a realizar una exploración conjunta de toda la cavidad



Fig. 1. Apéndice cecal
Apéndice subseroso grado II de implantación alta, plastrón apendicular que involucra ciego y omento mayor.



Fig. 2. Vesícula biliar
Plastrón vesicular más empiema vesicular, vesícula biliar perforada.

abdominal e igualmente nos permite una resolución simultánea en estas dos patologías, por lo que es mandatorio realizar una revisión completa de la cavidad y órganos intraabdominales, pues se podría enmascarar el cuadro clínico inflamatorio.

Se recomienda el uso de la cirugía laparoscópica en emergencia porque permite el tratamiento simultáneo de las diversas patologías, lo cual se evidencia en la recuperación inmediata del paciente y, por ende, el menor tiempo de hospitalización y el pronto retorno a su actividad cotidiana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ocampo J GA. Abdomen agudo en el anciano. 2006 Dec; 21(4): p. 266-282.
2. JP D. Simultaneous acute cholecystitis and acute appendicitis treated by a single laparoscopic operation. Case Rep Surg. 2012 Jul 8.
3. Martínez Ruiz J. CSP,RMJL,GMJA,MRJM. Colecistitis aguda alitiásica tras apendicectomía por apendicitis aguda en edad pediátrica. Rev. esp. enferm. dig. [Internet]. 2022 Sep;: p. 185-6. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082008000300016&lng=es
4. Başaran A BGAADO. Twin pregnancy complicated with acute appendicitis and cholecystitis in the same gestational period. Arch Gynecol Obstet. 2007 Sep; 276(3): p. 291-3.
5. Sahebally SBJNNea. Presentación sincrónica de colecistitis aguda alitiásica y apendicitis. reporte de un caso. J Med Case Reports. 2011 Nov; 5(551). <https://rdcu.be/cUUgg>
6. Buhamed F EMSA. Synchronous acute appendicitis and acute cholecystitis, is it a myth or reality? A literature review. Open Access Emerg Med. 2019 Aug 16;: p. 201-3.
7. Reimann DL RH. Concomitance of acute appendicitis and acute cholecystitis. Am Surg. 1995 Mar 21;: p. (3):220-2.
8. Padrón G RM. Colecistitis litiásica crónica agudizada y apendicitis aguda perforada sincrónica. Colecistolitiasis aguda sincrónica y apendicitis aguda perforada. 2016 Enero-Febrero; 84(1): p. 50-3.
9. III MW. Some Observations on the Surgery of the Gall-Bladder and the Bile-Ducts. Ann Surg. 1899 Oct 30; 4: p. 452.8.
10. GF M. Subtotal cholecystectomy in acute cholecystitis. Am J Surg. 1955 Mar; 89(3): p. 604-7.
11. Bornman PC TJ. Subtotal cholecystectomy: for the difficult gallbladder in portal hypertension and cholecystitis. Surgery. 1985 Jul; 98(1): p. 1-6.
12. Singhai T BSHANJGSSEHS. Colecistectomía laparoscópica subtotal. Surgeon. 2009;(7): p. 263-8.

Como citar el presente artículo:

Bueno S, Lara M, Coronel A, Vera K. Colecistitis litiásica crónica agudizada y apendicitis aguda perforada en un mismo paciente. Reporte de caso. Reporte de caso. Indexia. Diciembre 2022.