



P-550 - COLECISTITIS AGUDA EN PACIENTE ADOLESCENTE POR PATÓGENO INFRECUENTE

Martínez Mojorro, Rocío; Pérez Quintero, Rocío; Bejarano González-Serna, Daniel; Alba Valmorisco, Marcos; Balongo García, Rafael

Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda alitiásica (CAA) es una entidad poco frecuente en adultos y potencialmente grave. Mayormente aparece en pacientes con factores predisponentes (ayuno prolongado, nutrición parenteral, opiáceos, diabetes, cardiopatía isquémica, shock, sepsis, politrasfundidos...). No obstante, en niños, la mayoría de los casos son alitiásicas, siendo la causante de hasta el 70% de las colecistitis agudas. En cuanto a la etiología, existen casos de CAA tras procesos gastrointestinales, generalmente acompañado de deshidratación, lo cual provocaría aumento de secreción de ácidos grasos biliares que predispondría al daño vesicular. Otra causa es la compresión extrínseca provocada por el aumento del tamaño de los ganglios linfáticos portales en cuadros infecciosos. Existen patógenos con especial tropismo por las células del epitelio vesicular, uno de los más conocidos la *Salmonella typhi*. Otro patógeno causante es el virus de Epstein Barr, que promueve la liberación de citoquinas precipitando la estasis biliar. El virus de la hepatitis A puede generar un infiltrado linfocitario en las células de la vesícula y vía biliar produciendo CAA y/o colangitis. En cuanto al manejo, se acepta en edad pediátrica el tratamiento conservador si el diagnóstico es de CAA poco evolucionada. La cirugía está indicada en aquellos con datos de gangrena o perforación vesicular y/o que exista empeoramiento a pesar del manejo conservador.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente de 14 años que presenta cuadro de dolor abdominal de 48 horas de evolución resistente a analgesia convencional. Analíticamente se evidencia leucocitosis (15.500) con neutrofilia (90%) ligera hipertransaminasemia (GOT 343 UI/l, GPT 155 UI/l, GGT 92 UI/l) sin elevación de bilirrubina y elevación de proteína C reactiva (155 mg/L). Se solicita ecografía abdominal observándose datos de CAA. Dados los hallazgos y la ausencia de mejoría pese a analgesia en perfusión se realiza colecistectomía laparoscópica urgente confirmando los hallazgos ecográficos. Se toma muestra del líquido biliar para estudio microbiológico y la pieza es remitida a anatomía patológica. La paciente es dada de alta sin incidencias al 2º día posoperatorio. En la microbiología se aísla *Vibrio alginolyticus* multisensible (cefotaxima, imipenem, ciprofloxacino, piperacilina/tazobactam) y resistente a amoxicilina/clavulánico. La pieza anatomicopatológica es concluyente de colecistitis aguda alitiásica.

Discusión: El *Vibrio alginolyticus* se trata de una bacteria Gram negativa presente en ambientes marinos que puede causar en el humano enfermedades oportunistas, provocando afectación gastrointestinal y extraintestinal en menor frecuencia. Existen muy pocos casos reportados en la literatura de CAA causadas por este patógeno. El huésped puede infectarse por la ingesta de animales marinos contagiados, aunque la bacteria puede sobrevivir en el agua marina sin necesidad de cohabitar en un portador, pudiendo producir infección directa (en heridas abiertas o por la ingestión de agua marina). Tras rehistóriar en consulta a la

paciente, natural de ciudad costera, una semana previa al cuadro de dolor abdominal pudo haberse infectado tras el consumo de crustáceos poco cocinados. Una vez más, la determinación microbiológica del líquido nos muestra el diagnóstico.