

monar, en un solo tiempo y exclusivamente a través de un único abordaje mínimamente invasivo, bien toracoscópico bien laparoscópico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reddy RH, Kumar B, Shah R, Mirsadraee S, Papagiannopoulos K, Lodge P, et al. Staged pulmonary and hepatic metastasectomy in colorectal cancer—is it worth it? *Eur J Cardiothorac Surg.* 2004;25:151-4.
2. Ambiru S, Miyazaki M, Ito H, Nakagawa K, Shimizu H, Kato A, et al. Resection of hepatic and pulmonary metastases in patients with colorectal carcinoma. *Cancer.* 1998;82: 274-8.
3. Robinson BJ, Rice TW, Strong SA, Rybicki LA, Blackstone EH. Is resection of pulmonary and hepatic metastases warranted in patients with colorectal cancer? *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1999;117:66-75. discussion -6.
4. Parrilla Paricio P, Landa García JL. *Cirugía AEC.* Madrid: Editorial Médica Panamericana S.A.. 2010.
5. Cameron JL, Cameron MA. *Current Surgical Therapy*, 10th ed. Philadelphia, PA: Elsevier. 2011.
6. Avital I, DeMatteo R. Combined resection of liver and lung metastases for colorectal cancer. *Thorac Surg Clinics.* 2006;16:145-55. vi.
7. Dionigi G, Dionigi R, Boni L, Rovera F. Transdiaphragmatic approach to the thorax using mini-invasive devices. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2006;16:423-6.
8. Delis SG, Bakoyiannis A, Madariaga J, Tassopoulos N, Dervenis C. Transthoracic approach (TTA) for subdiaphragmatic liver metastasectomy. *JGastrointest Liver Dis.* 2008;17:39-42.

Francisco Javier Medina Fernández^{a,*}, Dionisio Espinosa Jiménez^b, Antonio Luque Molina^a, Pedro López Cillero^a y Sebastián Rufián Peña^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

^bUnidad de Gestión Clínica de Cirugía Torácica, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mefef.dr@gmail.com
(F.J. Medina Fernández).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.05.022>

Colecistitis aguda enfisematosa de curso fulminante tras cirugía cardiaca

Acute fulminating emphysematous cholecystitis after cardiac surgery

La colecistitis aguda enfisematosa es una rara entidad, de mal pronóstico, que representa entre el 1% y el 3% de todas la colecistitis agudas¹. Se caracteriza por la presencia de gas en la luz vesicular, pared y tejidos pericolecísticos procedente de microorganismos productores de gas, siendo más frecuente en pacientes diabéticos o inmunodeprimidos².

Los casos de colecistitis aguda tras cirugía cardiaca suelen debutar días o semanas tras la intervención, siendo excepcional la colecistitis enfisematosa fulminante a las pocas horas del acto quirúrgico. Presentamos un caso de colecistitis aguda enfisematosa de curso fulminante tras cirugía cardiaca.

Se trata de una mujer de 68 años con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento médico, fibrilación auricular anticoagulada y comisurotomía por estenosis mitral reumática hacía 10 años.

La paciente fue intervenida por doble lesión valvular aórtica con predominio de estenosis severa, de forma programada, mediante la colocación de una prótesis aórtica mecánica (tiempo de circulación extracorpórea 120 minutos y tiempo de pinzamiento aórtico 60 min), sin complicaciones intraoperatorias.

A las 8 h de la intervención, la paciente todavía con ventilación mecánica, comienza bruscamente con oliguria, hipotensión y taquicardia. En la analítica destaca un aumento de las cifras de lactato de hasta 9,3 mg/dl, con Hb de 8,3 g/dl (salió del quirófano con 11 g/dl) sin débito hemático por los drenajes. Se realiza una endoscopia digestiva alta para descartar sangrado digestivo, apreciando mucosa gástrica de aspecto isquémico. En analítica de control destaca: GOT 4.418, GPT 3.195, actividad de protrombina del 33%, CPK 9013. La TC de urgencia informó de hígado con áreas parcheadas hipodensas, con arteria hepática y vena porta permeables, colecistitis enfisematosa alitiásica y trombosis de arteria renal izquierda desde su salida de la aorta (fig. 1).

Ante los hallazgos, se indicó una laparotomía exploradora urgente, hallando una colecistitis aguda enfisematosa, isquemia hepática en parches y asas intestinales de aspecto isquémico. Se realizó una colecistectomía tomando muestras de bilis para cultivo.

La paciente fue trasladada a la UCI, donde desarrolló un fracaso multiorgánico, falleciendo a las 72 h de la primera cirugía. El estudio de anatomía patológica objetivó una

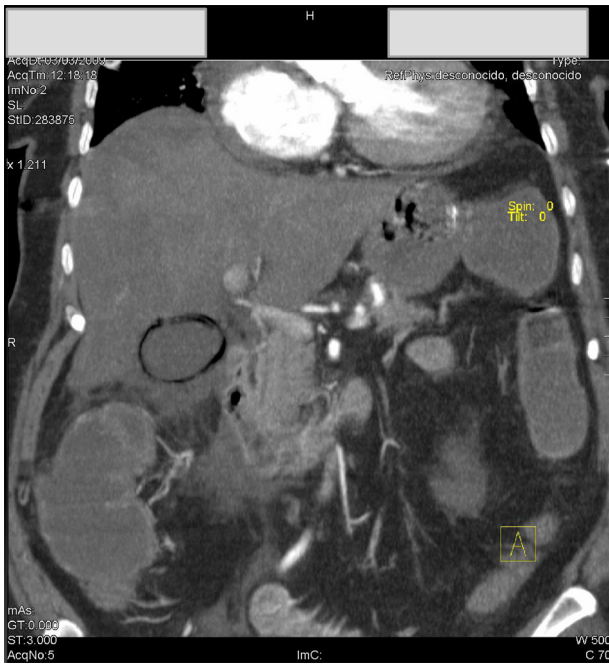


Figura 1 – Corte sagital de TC en el que se aprecia la colecistitis enfisematosa y una trombosis total de la arteria renal izquierda.

necrosis de la pared vesicular con trombos organizados de los vasos de pequeño calibre. El cultivo biliar fue positivo para *Bifidobacterium* sp.

La colecistitis aguda enfisematosa representa entre el 1-3% de las colecistitis agudas, siendo más frecuente en varones, ancianos y en pacientes con diabetes mellitus, alcanzando una mortalidad del 15%-20%³. En su etiopatogenia, está implicada la invasión bacteriana de la pared vesicular por gérmenes productores de gas, tras una isquemia de la pared.

La clínica que presentan estos pacientes inicialmente es similar a la colecistitis aguda simple, pudiendo evolucionar excepcionalmente de manera fulminante. En la TC abdominal con contraste podemos observar las imágenes demostrativas de gas perivesicular (fig. 1). Esta entidad se considera una urgencia quirúrgica y su tratamiento de elección es la colecistectomía inmediata, asociando amplia cobertura antibiótica. A pesar de un tratamiento adecuado la mortalidad, en estos pacientes es aproximadamente de un 15%.

La colecistitis aguda tras cirugía cardíaca es poco frecuente, representando menos del 0,1%, siendo la mayoría de ellas de origen litiasico, siendo muy pocos los casos de colecistitis aguda enfisematosa de evolución fulminante referidos en la

literatura tras cirugía cardíaca. Solo hemos encontrado un caso de evolución fulminante a las 12 h de la realización de una aortografía⁴. Los pacientes publicados presentaban un tiempo medio de aparición de los síntomas de entre 4-9 días^{5,6}, mientras que el cuadro clínico de nuestro paciente se estableció en un periodo de 8 h, precipitado posiblemente por la hipoperfusión de la cirugía con circulación extracorpórea desencadenándose una trombosis posterior masiva, isquemia y sobreinfección bacteriana. La colonización de la vesícula por un germen anaerobio saprofito del colon, nos puede explicar lo inusual de este caso así como la gravedad del mismo, que evolucionó de forma fulminante a sepsis y fallo multiorgánico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lambrecht J, Trondsen E. A patient with acute abdominal pain and known cardiovascular disease. *Tidsskr Nor Laegeforen*. 2007;127:736-7.
2. Garcia Sancho TL, Rodriguez Montes JA, Fernández de Lis S. Acute emphysematous cholecystitis. Report of twenty cases. *Hepatogastroenterology*. 1999;46:2144-8.
3. Sunnapwar A, Raut AA, Nagar AM. Emphysematous cholecystitis: Imaging findings in nine patients. *Indian J Radiol Imaging*. 2011;21:142-6.
4. Tilman B, Jeffrey N. Emphysematous cholecystitis in an elderly woman: case report and review of the literature. *J Emerg Med*. 1993;11:593-7.
5. Mangi AA, Christison-Lagay ER, Torchiana DF, Warshaw AL, Berger DL. Gastrointestinal complications in patients undergoing heart operation: an analysis of 8709 consecutive cardiac surgical patients. *Ann Surg*. 2005;241:895-904.
6. Yapici N, Ince C. Gastrointestinal complications and its predictors after cardiac surgery. *Turk J Gastroenterol*. 2010;21:3-6.

Jesús Abrisqueta^{a,*}, Israel Abellán^a, Pedro Cascales^a, Rubén Jara^b y Pascual Parrilla^a

^aServicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

^bServicio de Medicina Intensiva, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: j_abris@hotmail.com (J. Abrisqueta).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.01.012>