

COLECISTITIS ALITIÁSICA, CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN UPED

Dra Nieves Carretero Borrás R1
Tutor: Dr German Lloret



ÍNDICE



01 Introducción:
Dolor abdominal
agudo en UPED

02 Caso clínico

03 Evolución

04 Colecistitis aguda
alitiásica (CAA)

05 VEB y CAA

06 Conclusiones

Dolor abdominal agudo en Urgencias

- Sensación dolorosa abdominal intensa, que dura menos de un mes.
- Puede ser secundario a múltiples causas relacionadas tanto con la patología intraabdominal como fuera de esta cavidad
- **Abdomen agudo:** evolución inferior a 48-72 horas, dolor constante, intenso, acompañado con frecuencia de vómitos, afectación general y palpación abdominal dolorosa. Sus causas más frecuentes son:

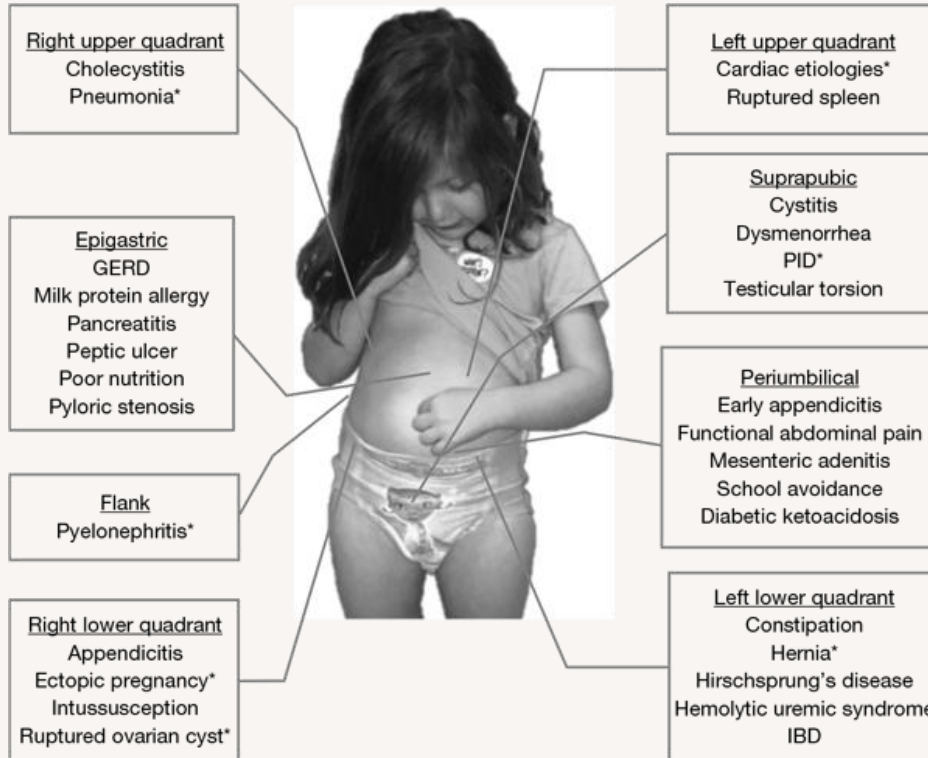
INVAGINACIÓN
INTESTINAL

Menores de 2 años

APENDICITIS
AGUDA

Mayores de 5 años

Dolor abdominal agudo en Urgencias



- Papel esencial de la anamnesis y exploración física
- Diagnostico diferencial según la localización del dolor, sus características y la edad del paciente

CASO CLINICO

- Paciente de **8 años** que acude por **dolor abdominal** tipo cólico de un día de evolución acompañado de:
 - Fiebre de hasta $39,5^{\circ}\text{C}$
 - Vómitos alimentarios
 - Deposiciones líquidas
- **Antecedentes personales:** CIV en seguimiento por cardiología pediátrica
- **Exploración física:**
 - Afebril
 - Glicemia 74 mg/dL
 - Palidez cutánea y sequedad de mucosas
 - Abdomen blando y depresible no doloroso a la palpación

- Canalización de vía periférica
- Extracción de hemograma, bioquímica y gasometría
- Fluidoterapia a necesidades basales



CASO CLINICO

- HEMOGRAMA y GASOMETRIA VENOSA: Sin alteraciones.
- BIOQUÍMICA:
 - GOT 131 U/L
 - GPT 110 U/L
 - PCR 5,44 mg/dL



HIPERTRANSAMINASEMIA LEVE
ELEVACIÓN RFA

- A la revaloración el paciente presenta mejoría clínica sin reaparición de los vómitos y con buena tolerancia oral por lo que se decide altar con el diagnóstico de GEA
- 2 visitas más a UPED al día siguiente:
 - Palpación abdominal dolorosa en hipocondrio derecho, con MURPHY +
 - Conjuntivas levemente ictéricas

CASO CLINICO

A/S

Bilirrubina total 2,30 mg/dL

Bilirrubina directa 1,57mg/ dL

Bilirrubina indirecta de 0,73 mg/dL



GOT 350 U/L (ant: 131)

GPT 298 U/L (ant 110)

GGT 328 U/L

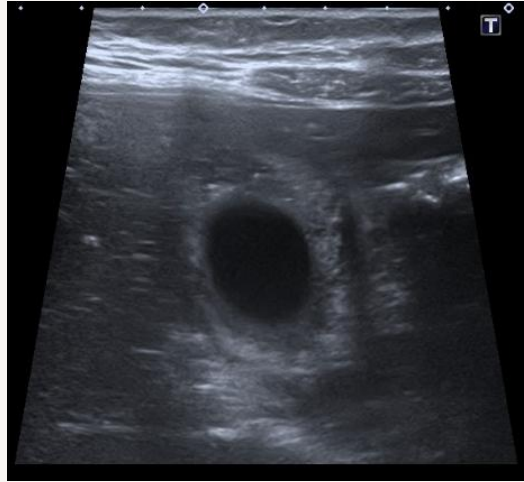
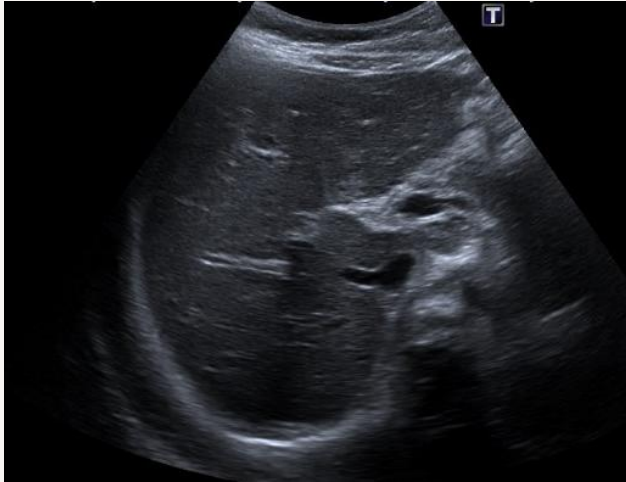
Fosfatasa alcalina 373 U/L

PCR 3,71

pH 7.41 (pCO₂ 29 mmHg, pO₂ 48 mmHg, HCO₃ 18.4 mmol/L, lactato 1,9 mmol/L), EB 19,3

Leucocitos 13.86x10³/mcl sin alteración de la fórmula

CASO CLINICO

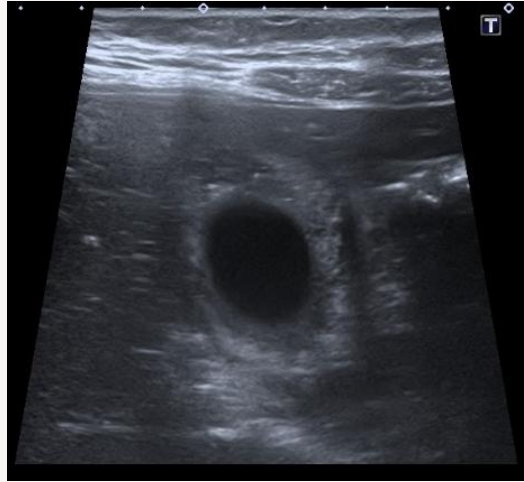
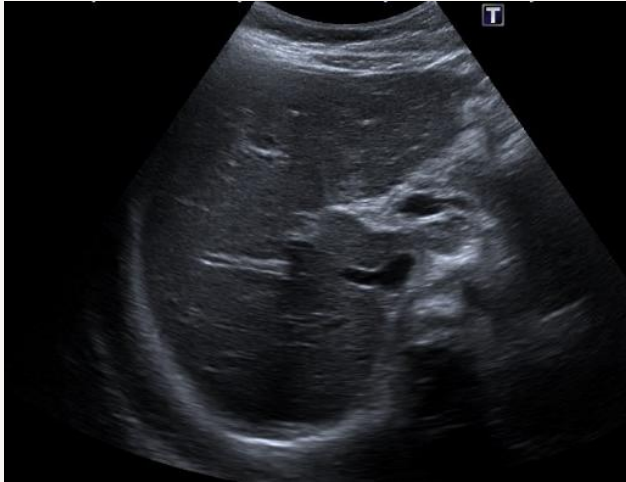


Vesícula biliar alitiásica con aumento del grosor de sus paredes, que se encuentran desestructuradas apreciando una pequeña cantidad de líquido libre perivesicular e hiperecogenicidad de la grasa adyacente

Eco-Murphy +

Todos estos, hallazgos compatibles con COLECISTITIS AGUDA

CASO CLINICO



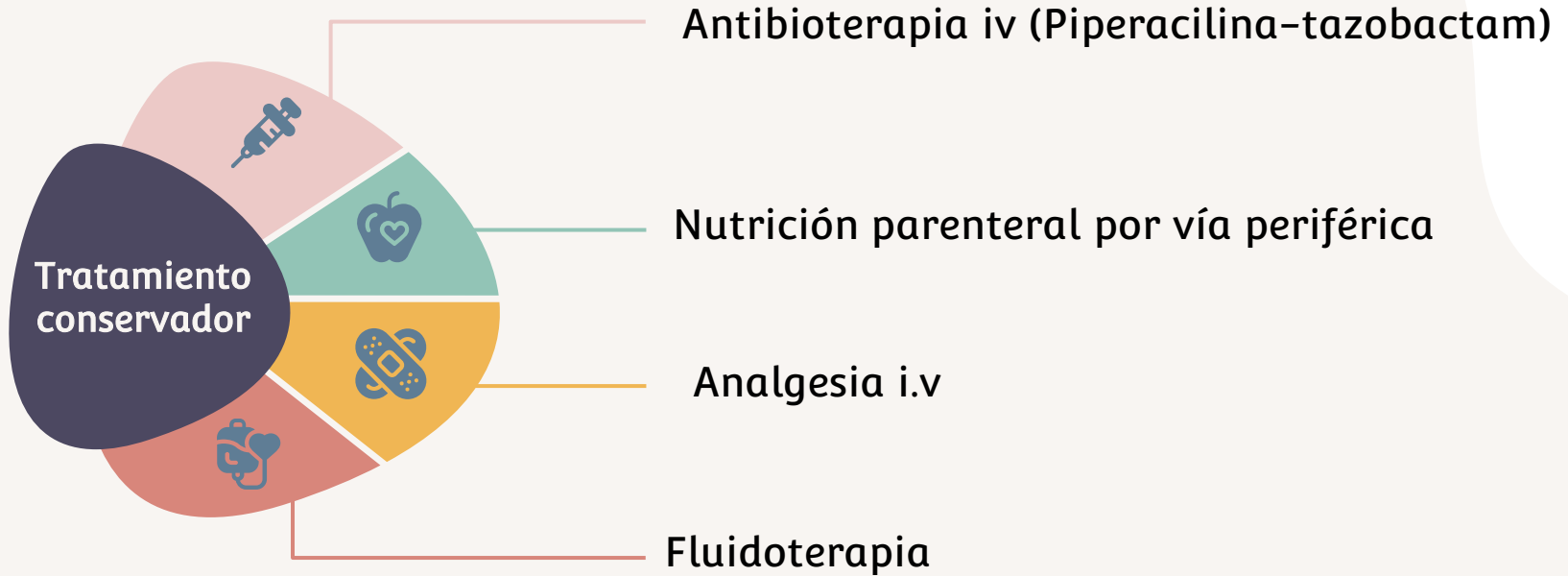
Vesícula biliar alitiásica con aumento del grosor de sus paredes, que se encuentran desestructuradas apreciando una pequeña cantidad de líquido libre perivesicular e hiperecogenicidad de la grasa adyacente.

Eco-Murphy +

Todos estos hallazgos compatibles con **COLECISTITIS AGUDA**



EVOLUCIÓN



EVOLUCIÓN

- **LABORATORIO**

- HG, BQ, GV y coagulación de control
- Anormales y sedimento orina negativo
- Estudio sangre periférica: serie roja regenerativa sin hemólisis. Leucocitosis y linfocitosis con linfocitos activados

- **MICROBIOLOGÍA**

- Hemocultivo y coprocultivo negativo
- Serología: EBSTEIN BARR IgG e IgM positivo. Anticuerpos heterófilos VEB negativos. Mycoplasma pneumoniae IgG e IgM positivo

- **PRUEBAS IMAGEN:**

- Ecografías abdominales seriadas
- RX tórax: sin hallazgos

EVOLUCIÓN

- LABORATORIO

- HG, BQ, GV y coagulación de control
- Anormales y sedimento orina negativo
- Estudio sangre periférica: serie roja regenerativa sin hemólisis. Leucocitosis y linfocitosis con linfocitos activados

- MICROBIOLOGÍA

- Hemocultivo y coprocultivo negativo
- Serología: EBSTEIN BARR IgG e IgM positivo. Anticuerpos heterófilos VEB negativos. Mycoplasma pneumoniae IgG e IgM positivo

- PRUEBAS IMAGEN:

- Ecografías abdominales seriadas
- RX tórax: sin hallazgos.

EVOLUCIÓN

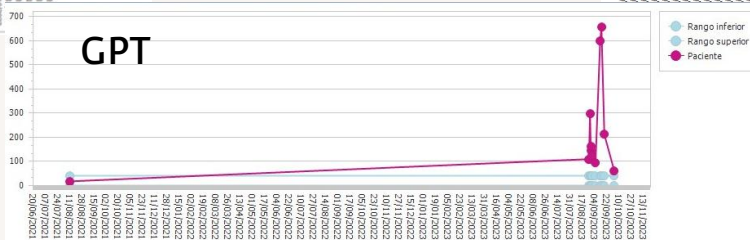
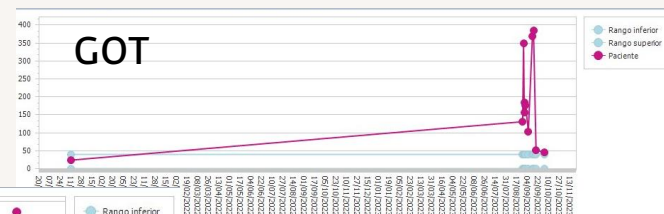
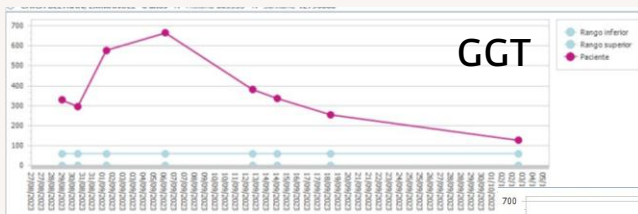


**Servicio de
Pediatria**

DEPARTAMENTO DE SALUD
ALICANTE - HOSPITAL GENERAL

EVOLUCIÓN

- Vuelve a acudir a UPED en dos ocasiones tras el alta por el exantema pruriginoso ya presente durante el ingreso y otra por dolor abdominal
- A la revaloración tras el alta el paciente presenta:
 - Marcada mejoría clínica
 - Disminución hipertransaminasemia
 - Ecografía de control: vesícula tamaño normal con mínimo edema de pared residual y resolución del líquido libre de la pelvis. No hepatoesplenomegalia

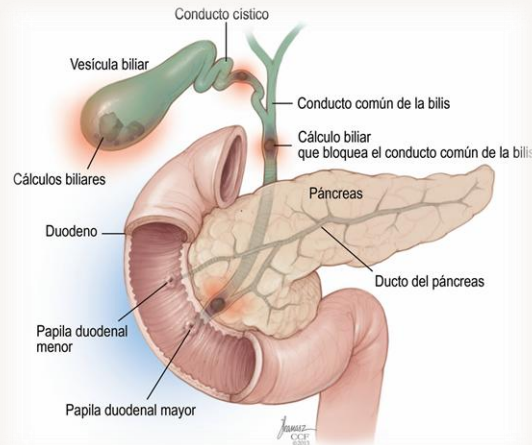


COLECISTITIS AGUDA EN LA INFANCIA

TIPOS:

LITIASICA

- ❖ Enfermedades hemolíticas
- ❖ Nutrición enteral
- ❖ Septicemia
- ❖ Deshidratación
- ❖ Sd intestino corto
- ❖ FQ
- ❖ Obesidad
- ❖ Tratamiento con ACO



ALITIASICA

- ❖ Enfermedades graves
- ❖ Quemados
- ❖ Politraumatizados
- ❖ INFECCIONES SISTÉMICAS

COLECISTITIS AGUDA ALITIASICA (CAA)

EPIDEMIOLOGÍA:

30–50% de los casos de colecistitis en niños (5–10% en adultos)

DIAGNÓSTICO:

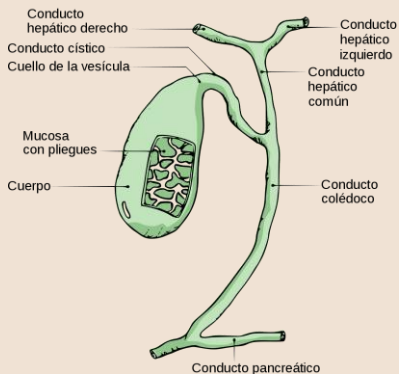
Anamnesis y EF
Ecografía abdominal
(de elección S 96%)

TRATAMIENTO:
CONSERVADOR
Antibióterapia i.v
Reposo intestinal

QUIRÚRGICO
Colecistectomía
Colecistostomía

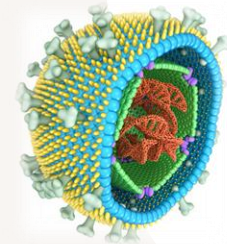
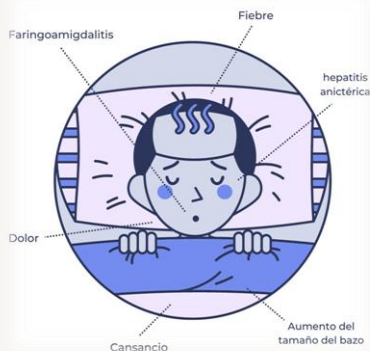
CLINICA:

- Dolor abdominal HD irradiado a escápula derecha
- Vómitos
- Fiebre
- Ictericia (ocasional)



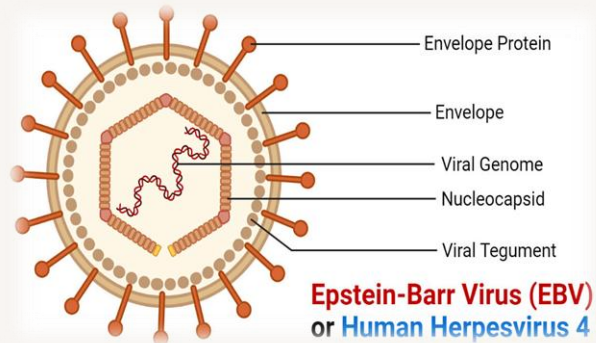
VEB y CAA

- Virus DNA, familia de los herpes virus
- 90% de la población expuesta
- Causa primaria de la mononucleosis infecciosa
- Afecta a linfocitos B, células epiteliales y se disemina mediante secreciones salivares
- Infección latente
- Puede tener complicaciones graves



VEB y CAA

- Fisiopatología desconocida
- Teorías propuestas:
 - Invasión directa de las células del epitelio de la vesícula (no confirmado en los casos de colecistectomía)
 - Vasculitis localizada en la vesícula provocando isquemia local
- Normalmente estos episodios se resuelven sin complicaciones ni secuelas



Epstein-Barr virus infection with acute acalculous cholecystitis in previously healthy children

Katarzyna Mazur-Melewska¹, Aleksandra Derwich², Anna Mania¹, Paweł Kemnitz¹,

Acute Acalculous Cholecystitis due to EBV Infection Presenting as Acute Abdomen

Gulhadiye Avcu

Department of Pediatrics, Division of Pediatric Infectious Diseases, Balikesir Ataturk City Hospital, Balikesir, Turkey

Colecistitis aguda alitiásica en pediatría. Una patología no tan rara

Javier Blasco Alonso¹, Eloísa Santiago García-Caro², Raquel Gil Gómez³, Carolina Jiménez Alcántara²,

- Papel de los antibióticos en el tratamiento
- Posible uso de corticoides
- Aparición de VEB durante otros cuadros infecciosos (p.e: Neumonía por *M. Pneumoniae*)
- Tasa de infección mayor en mujeres

Conclusiones

- La exploración física y la anamnesis tienen un papel esencial a la hora de detectar abdomen agudo en urgencias
- El seguimiento y la reexploración nos da mucha información sobre la etiología del dolor
- CAA es una entidad rara en la edad pediátrica y es necesario un alto índice de sospecha
- La fisiopatología no está definida por lo que el tratamiento indicado irá acorde al estado del paciente y las complicaciones que se presenten



BIBLIOGRAFIA

1. Alonso-Cárdenas JA, De la Torre-Espí M. Diagnóstico y tratamiento del dolor abdominal agudo (abdomen agudo) en Urgencias. Protoc diagn ter pediatr. 2020; 1:197-213
2. Fernandez TL, Akerman A. Lockspeiser TM. Common presentations in Pediatrics. En: Knechtel M (eds) The Physician Assistant Student's Guide to the Clinical Year: Pediatrics. Estados Unidos: Springer Publishing Company; 2019. p.316
3. Ntelis K, Mazarakis D, Sapountzis A, Zissi D, Sparangi S, Xidia N, et al. Acute acalculous cholecystitis associated with Epstein-Barr infection: A case report and review of the literature. Case Rep Med [en línea]. 2020 [fecha de consulta: 10 -10-2023]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1155/2020/9029601>
4. Avcu G. Acute acalculous cholecystitis due to EBV infection presenting as acute abdomen. J Coll Physicians Surg Pak [en línea] [fecha de consulta: 13-10-2023]. Disponible en: https://www.jcpsp.pk/oas/mpdf/generate_pdf.php?string=eGh6Tkx3ZUMzUGdkR3Zua3JzdUt nZz09
5. Alonso JB, García-Caro ES, Gil-Gómez R, Jiménez -Alcántara C, Sánchez Yáñez P, Milano Manso G. Colecistitis aguda alitiásica en pediatría. Una patología no tan rara. Rev Esp Enferm Dig. 2014; 106: 487-490.



COLECISTITIS ALITIASICA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN UPED



Dra Nieves Carretero Borrás R1
Email: nievescarreteroborras@gmail.com