



REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



CARTA CIENTÍFICA

Colecistitis aguda tras colonoscopia: Una complicación infrecuente



Acute cholecystitis after colonoscopy: A rare complication

La colonoscopia se considera un procedimiento con bajo riesgo de complicaciones, siendo la perforación y la hemorragia las complicaciones graves más habituales¹. Por su parte, la colecistitis aguda es una complicación rara, que debe sospecharse cuando aparece fiebre y dolor abdominal. Se presenta el caso de una colecistitis aguda tras colonoscopia.

Varón de 77 años con antecedentes de adenocarcinoma de recto T3N2M0 diagnosticado en marzo de 2004 y tratado mediante resección anterior de recto y quimioterapia adyuvante. En la colonoscopia de control en junio de 2016 se detectó un adenocarcinoma metacrónico en ángulo esplénico T1N1aM0, tratado mediante hemicolectomía izquierda y quimioterapia adyuvante, con seguimiento libre de enfermedad.

En marzo de 2021, se realizó una colonoscopia de seguimiento con buena tolerancia y sin necesidad de medicación sedoanalgésica, identificándose un pólipo sésil de 2 mm (París Is) en fondo de ciego, sin otros hallazgos. El pólipo fue extirpado con pinza de biopsias y la histología fue adenoma tubular con displasia de bajo grado.

Durante el primer día poscolonoscopia, comenzó con clínica de dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y epigastrio junto con distensión abdominal. A las 72 h de la colonoscopia presentó pico febril de 38 °C y aumento del dolor abdominal, motivo por el cual acudió a Urgencias. A la exploración física presentaba hipotensión arterial (TA: 99/63 mmHg) y Murphy positivo. Analíticamente presentaba criterios de sepsis con importante elevación de los parámetros inflamatorios (PCR 402 mg/L, PCT 2.5 ng/mL, leucocitosis de 21,000/mm³ con desviación izquierda), deterioro agudo de la función renal (creatinina 1.5 mg/dL y FG 43 mL/min), empeoramiento de la hemostasia (IQ: 63%, INR 1.32), lactato elevado (3.3 mmol/L) y bioquímica hepática dentro de la normalidad (bilirrubina total 1.08 mg/dL, GOT/GPT: 13/9 U/L).

Ante los hallazgos clínicos y analíticos, se realizó una tomografía computarizada (TC) abdomino-pélvica con contraste IV, con hallazgos de colecistitis aguda y sin identificar neumoperitoneo ni líquido libre abdominal (fig. 1).

Se realizó una colecistectomía laparoscópica urgente, con hallazgos intraoperatorios de colecistitis gangrenosa con vesícula de gran tamaño y marcadas adherencias de vesícula

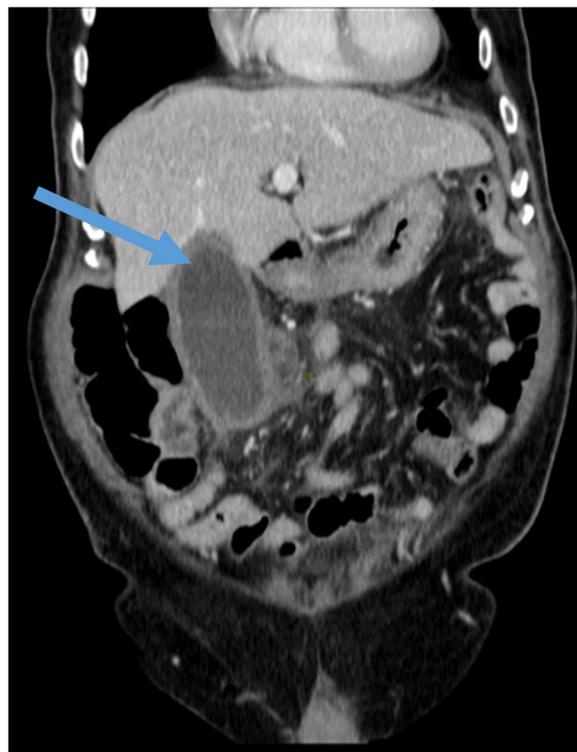


Figura 1 Vesícula biliar hidrópica con engrosamiento mural (flecha) y marcados cambios inflamatorios en la grasa pericolecística. Adenopatías de aspecto reactivo en hilio hepático. Hallazgos en relación con colecistitis aguda.

a epiplón, asas de intestino delgado y colon. El resultado AP de la pieza quirúrgica fue de colecistitis aguda ulceroflemonosa (fig. 2) con litiasis en su interior. El posoperatorio fue adecuado, con adecuada tolerancia oral progresiva y restablecimiento del tránsito intestinal, siendo dado de alta a las 48 h de la intervención con buena evolución en los controles ambulatorios.

Hasta la fecha se han descrito 14 casos de colecistitis aguda poscolonoscopia. Se han sugerido algunas hipótesis sobre su etiopatogenia, si bien la evidencia basada en series de casos no ha permitido establecer el mecanismo exacto por el que se produce esta entidad². La deshidratación relativa causada por la preparación intestinal puede provocar estasis biliar, aumento del flujo biliar y de la litogenicidad de la bilis junto a distensión de la vesícula biliar, lo que aumenta el riesgo de una reacción inflamatoria local³. Estos cambios pueden favorecer la impactación de un cálculo biliar preexistente en el cuello de la vesícula o en el conducto

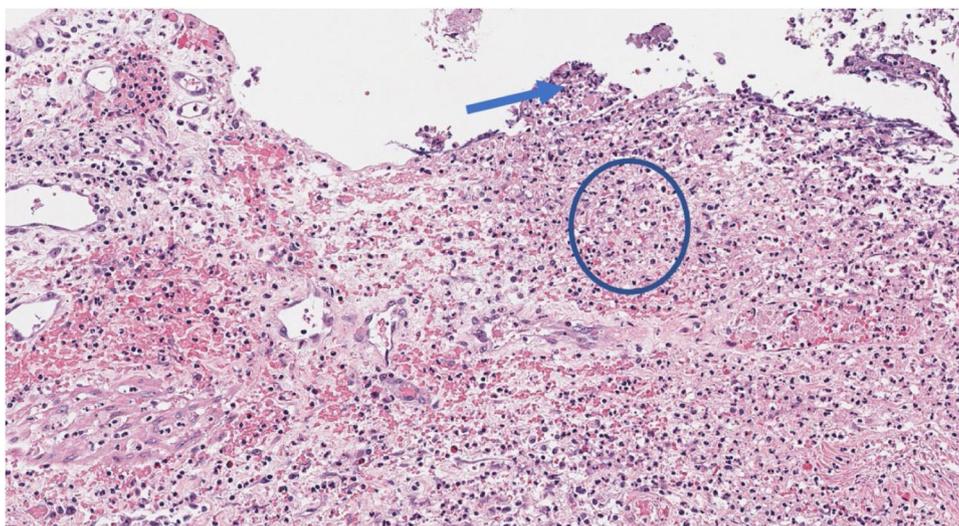


Figura 2 Imagen microscópica de 40 aumentos. Necrosis del epitelio cilíndrico superficial (flecha) con preservación de la capa muscular e incremento del infiltrado leucocitario polimorfonuclear de extensión transmural (círculo).

cístico^{3,4}. De hecho, la mayoría de los casos descritos, al igual que el nuestro, presentaban coledocistitis concurrente. Otros posibles mecanismos son la translocación bacteriana por patógenos entéricos y el traumatismo o la respuesta inflamatoria tras una polipectomía³⁻⁶.

Nuestro paciente se sometió a una colonoscopia sin complicaciones inmediatas y desarrolló una colecistitis en las primeras 72 h después del procedimiento. Todos los casos de colecistitis poscolonoscopia descritos hasta el momento se han encuadrado dentro de este mismo periodo temporal.

Por lo tanto, presentamos un caso raro de colecistitis aguda tras colonoscopia y una revisión bibliográfica al respecto. Nuestro caso apoya un patrón de presentación de esta entidad dentro de las 72 h tras el procedimiento, así como la hipótesis de un posible aumento de la litogenicidad como mecanismo fisiopatogénico. Si bien la perforación y la hemorragia son las complicaciones graves más frecuentes, este caso enfatiza la necesidad de considerar la colecistitis aguda en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal y fiebre tras la colonoscopia.

Consideraciones éticas

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Reumkens A, Rondagh EJ, Bakker CM, et al. Post-Colonoscopy Complications: A Systematic Review, Time Trends, and Meta-

Analysis of Population-Based Studies. *Am J Gastroenterol.* 2016;111:1092-101, <http://dx.doi.org/10.1038/ajg.2016.234>.

2. Shaikh DH, Kumar K, Patel H, et al. Rare Complication Following Routine Colonoscopy: Case Series and Literature Review. *Cureus.* 2020;12:e10877, <http://dx.doi.org/10.7759/cureus.10877>.

3. Milman PJ, Goldenberg SP. Colonoscopy cholecystitis. *Am J Gastroenterol.* 2001;96:1666, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2001.03837.x>.

4. Maddur H, Agrawal S, Fayad N, et al. Acute cholecystitis after colonoscopy: a case series. *Gastrointest Endosc.* 2011;74:211-3, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gie.2011.03.1126>.

5. Park TI, Lee SY, Lee JH, et al. Acute cholecystitis after a colonoscopy. *Ann Coloproctol.* 2013;29:213-5, <http://dx.doi.org/10.3393/ac.2013.29.5.213>.

6. Fernández-Martínez C, Plá-Martí V, Flors-Alandí C, et al. Gangrenous cholecystitis after colonoscopy. *Am J Gastroenterol.* 2002;97:1572, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1572-0241.2002.05754.x>.

P. Ladrón Abia*, A. Mínguez Sabater, M. García-Campos y F. Del Hoyo

Servicio de Medicina Digestiva, Departamento de Gastroenterología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

*Autor para correspondencia. Avenida de Fernando Abril Martorell, 106, 46026, Valencia. Teléfono: +34689201704. Correo electrónico: paul199340@hotmail.com (P. Ladrón Abia).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2022.03.003>

0375-0906/ © 2022 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).