

VISIÓN DEL CIRUJANO EN LA COLECISTITIS AGUDA ACALCULOSA Y COVID-19 (ENFERMEDAD POR SARS-CoV-2)

Alfonso Palmieri Luna¹, Adriana María Palmieri Hernandez², Luz Adriana Hernández Amín³, Jaime Andrés González-Vega⁴

Hemos leído con gran interés el reporte de caso descrito por Pérez-Murcia y Amado (1) en relación con una de las manifestaciones gastrointestinales poco frecuentes relacionadas con infección por SARS-CoV-2 llamada Colecistitis Aguda Acalculosa (CAA), incorporándose a los múltiples nuevos reportes donde se enlazan estas patologías.

En la visión del cirujano general, la CAA comúnmente se relaciona con pacientes diabéticos, inmunodeprimidos, con lupus, internados en UCI y menos frecuentemente como dengue, bacteremias por *Salmonella tify* y *Estafilococo*, entre otros, que podrían colonizar la vesícula biliar (2).

Durante la pandemia por SARS-CoV-2 han aumentado los reportes de CAA, aislando el virus en las heces, duodeno, intestino delgado y colon, ante la posibilidad de convertirse la vesícula biliar en un reservorio de SARS-CoV-2. La incertidumbre sobre si a futuro se podrán realizar cultivos rutinarios del jugo biliar con RT-PCR se mantiene, aunque ya se han mostrado ejemplos de su imposibilidad. (2).

La relación COVID-19 y CAA se torna desafortunadamente en reto diagnóstico y terapéutico; evaluar el dolor abdominal bizarro debido a presentaciones insidiosas y dificultad de obtención de los síntomas y signo de Murphy, afligidos por la viremia, tormentas de citoquinas, malas condiciones generales e inestabilidad hemodinámica, nos obliga a tener alta sospecha clínica para evitar el diagnóstico tardío e incremento de la morbimortalidad (1,2).

Entonces, ¿cuál sería el tratamiento indicado para resolver la CAA? Lo ideal sería la antibioticoterapia de amplio espectro, cubriendo gérmenes Gram negativos y anaerobios. Así mismo, dependiendo del tiempo de evolución de la enfermedad y de la inestabilidad hemodinámica, se va a preferir el manejo conservador sobre el quirúrgico, sin embargo, cabe aclarar que no intenta suplir la colecistectomía cuando se sospechan colecciones perivesiculares, y en caso de no mejoría de los síntomas, recomendamos optar por el drenaje percutáneo (colecistostomía guiada ecográficamente), drenaje endoscópico transpapilar y transmural o en otros la colecistectomía laparoscópica o abierta, acorde con la experiencia del cirujano (2-5).

1 Médico, especialista en Cirugía General y Laparoscopia, miembro de Asociación Colombiana de Cirugía (ACC), Federación Latinoamericana de Cirugía (FELAC). Docente de cátedra, asignatura Salud del Adulto II, Programa de Medicina, Universidad de Sucre, Sincelejo, Colombia.

2 Estudiante de 9° semestre programa de Medicina, Universidad del Norte, Barranquilla, Atlántico, Colombia.

3 Enfermera, Magister Enfermería, Especialista en Salud Ocupacional y Auditoría en Salud: Coordinadora de la relación docencia-servicio, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Sucre, Sincelejo, Colombia.

4 Médico Interno, Universidad de Sucre, Clínica Santa María, Sincelejo, Colombia.

Ahora, en el caso de pacientes contagiados por SARS-CoV-2, tener en cuenta la posición prono del paciente, estabilizar tormenta de citoquinas y, siguiendo las guías de severidad Tokio 18, escala de severidad de Parkland y de la Asociación Colombiana de Cirugía, si no hay mejoría clínica y persiste vesícula biliar palpable, febril, imagenología con perforación contenida, se prefiere la colecistectomía abierta hasta aclarar con más estudios los efectos secundarios de los aerosoles expedidos por el electro-bisturí en la vía laparoscópica, no sea que estos sean fuente de contagio al personal sanitario.(3-5)

Referencias

1. Pérez-Murcia AM, Amado LF, Camacho L. Acalculous Cholecystitis And Covid-19. A Case Report. Rev Med. 2022;44(1):157-63.
2. Palmieri A. Palmieri AM, Hernandez LA, Canchila E. Acute Acalculous Cholecystitis in a Patient with Covid - 19. Adv Res Gastroenterol Hepatol. 2020;16(3). DOI: 10.19080/ARGH.2020.16.555936
3. Bustos-Guerrero AM, Guerrero-Macías SI, Manrique-

Hernández EF, Gomez-Rincón GA. Severidad de la colecistitis aguda en tiempos de COVID-19: ¿mito o realidad? Rev Colomb Cirugía. 2022;37(2):206-13. DOI: 10.30944/20117582.1122

4. Torregrosa Almonacid L, Prieto Ortiz RG, Cabrera-Vargas LF, Ordoñez Mosquera Juliana María JM, Sánchez Cortés EF, Rodríguez Vargas CM, et al. Recomendaciones generales para los Servicios de Cirugía en Colombia durante la pandemia COVID-19 (SARS-CoV-2). Rev Colomb Cirugía. 2020;35(2):265-81. DOI: 10.30944/20117582.633
5. Soria Aledo V, Galindo Iñiguez L, Flores Funes D, Carrasco Prats M, Aguayo Albasini JL. Is cholecystectomy the treatment of choice for acute acalculous cholecystitis? A systematic review of the literature. Rev Española Enfermedades Dig. 2017;109(10):708-18. DOI: 10.17235/reed.2017.4902/2017

Recibido: 22 de abril de 2022
Aceptado: 16 de septiembre de 2022

Correspondencia:
Alfonso Palmieri Luna
alfonsopalmieri@hotmail.com