

COLECISTITIS AGUDA ALITIÁSICA. UNA CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL EN PEDIATRÍA.

C. Abreu Fernández, M.C. González de Val, C. Fernández Fuentes, A. Tomás Quesada, M.G. Buzón Pérez, M. Macías García.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, España.

INTRODUCCIÓN

La **colecistitis aguda alitiásica (CAA)** es la inflamación de la vesícula biliar en **ausencia de litiasis asociada**. Aunque en la población pediátrica es una patología muy infrecuente, hasta el 30-50% de las colecistitis agudas infantiles son alitiásicas. Su etiología es multifactorial: en la mayoría de casos en **contexto de infecciones sistémicas** (virus de Epstein-Barr, sarampión, citomegalovirus, escarlatina, fiebre tifoidea), pero también por uso de nutrición parenteral, postquirúrgicos, grandes quemados o tras traumatismos.

Su presentación clínica es variable y a veces no muy florida (**fiebre, dolor abdominal en cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos**), lo cual, junto a su baja incidencia, hace necesario un **alto índice de sospecha** para un diagnóstico precoz.

CASO CLÍNICO

Niño de 6 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que consulta en Urgencias por **fiebre de 48 horas de evolución de hasta 39'5°C, odinofagia y dolor abdominal intermitente con vómitos** repetidos. Diagnosticado el día anterior de **faringoamigdalitis estreptocócica** por su pediatra de Atención Primaria (*streptotest* positivo), en tratamiento con amoxicilina, acude por intolerancia oral al antibiótico.

EN URGENCIAS:

- Exploración física: orofaringe hiperémica con petequias en paladar, **dolor discreto a la palpación en hemiabdomen derecho**, deshidratación leve-moderada.
- Analítica: leucocitosis con neutrofilia (12900 leucocitos con 11570 neutrófilos), PCR 118.9 mg/L.



Se decide **ingreso hospitalario** para rehidratación y antibioterapia intravenosa.

DURANTE EL INGRESO:

- Evolución: descenso progresivo de la fiebre y mejoría de los vómitos, aunque **se intensifica el dolor abdominal, focalizándose en hipocondrio derecho con signo de Murphy** dudosamente positivo. Se solicita **ecografía abdominal** donde se ponen de manifiesto **datos de CAA**.



- Plan: dieta absoluta, analgesia parenteral y cambio de antibioterapia intravenosa a cefuroxima + metronidazol. Serologías VEB, CMV y virus hepatotropos negativas.

Posteriormente evolución satisfactoria, pudiendo ser dado de alta con seguimiento en consultas, con **resolución clínica y ecográfica del cuadro**.

CONCLUSIONES

La CAA es una **entidad infrecuente en Pediatría**. La asociación de manifestaciones clínicas poco evidentes, junto con su baja incidencia, conlleva en muchas ocasiones un retraso en el diagnóstico. El **diagnóstico precoz con una adecuada sospecha clínica y la realización de ecografía abdominal** es fundamental para instaurar un tratamiento conservador que evite ulteriores complicaciones como la gangrena o la perforación, que son más frecuentes en esta enfermedad que en las colecistitis litiásicas.