FUCS

Repertorio de Medicina y Cirugía

Vol. 34 N°2 . 2025

ISSN: 0121-7372 • ISSN electrónico: 2462-991X

Reporte de caso

Colecistitis acalculosa en paciente con infección por hepatitis A: una complicación olvidada

Acalculous cholecystitis in patients with hepatitis A infection: an overlooked complication

Cindy Zuluaga Ramírez MD[a]
Laura Valencia Zapata MD[b]
Juan Camilo Morales Taborda MD[c]

[a] *Esp. en Medicina de Urgencias, Universidad CES, Medellín, Colombia.*
[b] *Residente Medicina de Urgencias, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia*
[c] *Residente Medicina Interna, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia*

RESUMEN

Introducción: el virus de la hepatitis A (VHA) tiene tropismo hepático, aún así, se ha descrito en la literatura compromiso extrahepático, como la colecistopatía. *Presentación del caso:* mujer de 34 años a quien se diagnosticó hepatitis por virus A, presentando además colecistitis acalculosa gangrenosa. *Discusión:* la evaluación inicial las catalogó como patologías independientes, pero luego se estableció la relación entre las mismas, continuando con un abordaje clínico interdisciplinario en busca del mejor desenlace para la paciente.

Palabras clave: hepatitis A, ictericia, colecistitis.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: octubre 28 de 2022
Fecha aceptado: mayo 10 de 2023

Autor para correspondencia.
Dra. Cindy Zuluaga
cindyzeta33@outlook.es

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.1396

ABSTRACT

Introduction: despite hepatitis A virus (HAV) exhibits hepatotropism, extrahepatic conditions, such as cholecystopathy, have been described in the literature. *Case presentation:* 34-year-old female patient diagnosed with gangrenous acalculous cholecystitis due to Viral Hepatitis A. *Discussion:* although the initial evaluation categorized them as two distinct conditions, a relationship among them was recognized. An interdisciplinary clinical approach was used to allow the best outcomes for the patient.

Key words: hepatitis A, jaundice, cholecystitis.

© 2025 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

INTRODUCCIÓN

La infección por el virus de hepatitis A (VHA) es común en la población de países en vía de desarrollo. En los adultos por lo regular causa ictericia, pero puede complicarse con manifestaciones inusuales como colecistitis acalculosa, mononeuritis, síndrome de Guillian Barré, trombocitopenia, pancreatitis, falla hepática aguda y enfermedades autoinmunes extrahepáticas.[1-3]

En la literatura no se tiene claridad sobre la fisiopatología subyacente relacionada con la infección por VHA y la colecistitis acalculosa. Se sabe que hay afinidad del virus por el epitelio de la vesícula y la vía biliar, generando una respuesta inmunológica.[1,2] La mayoría de los casos reportados tuvieron como primera opción el manejo quirúrgico, sin embargo, debe tenerse en cuenta el tratamiento médico inicial que puede resolver el proceso infeccioso sin necesidad de cirugía.[4-7]

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 34 años que consultó al servicio de urgencias de un hospital de alta complejidad por cuadro clínico de 7 días de evolución, consistente en dolor abdominal que se inició en el epigastrio, después se localizó en hipocondrio derecho, asociado con náuseas, emesis, fiebre de 39°C e ictericia mucocutánea. Ingresa normotensa, con frecuencia cardiaca de 96 lpm, respiratoria 18 rpm, saturación de oxígeno 95% y temperatura 36.5°C, asignándose una clasificación triage 3. Al examen físico había ictericia mucocutánea y dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. El único antecedente fue una estancia reciente en Venezuela en regulares condiciones higiénico-sanitarias. Los exámenes mostraron elevación de transaminasas y bilirrubinas a expensas de la directa (**tabla 1**). Los estudios revelaron una hepatitis viral aguda serotipo A, sin criterios de fase fulminante, pero con evidencia ecográfica de colecistitis acalculosa gangrenosa, cuyo manejo intrahospitalario evolucionó de forma adecuada siendo dada de alta sin requerimiento de manejo quirúrgico.

Tabla 1. Comportamiento paraclínico durante estancia hospitalaria

Parámetro	Día 1	Día 2	Día 4	Día 7
Bilirrubina total mg/dL	9.05	-	7.76	6.08
Bilirrubina directa mg/dL	8.40	-	7.65	5.66
TP	-	15.70	14.20	12.1
INR	-	1.52	1.37	1.16
AST U/L	1093	466	118	109
ALT U/L	3285	1631	694	383
Fosfatasa alcalina U/L	-	230	329	439

AST, Aspartato aminotransferasa; ALT, Alanino aminotrasferasa; TP tiempo de protrombina; INR International normalized ratio. Fuente: los autores.

DISCUSIÓN

En 2018 el centro para el control y prevención de enfermedades (CDC) reportó una tasa de incidencia a nivel mundial de infección por VHA de 3.8 casos por 100.000 habitantes[8], en Colombia para la semana epidemiológica 52 de 2019 se informó una incidencia de 7.5 (7.543) casos por 100.000 habitantes, siendo mayor en los departamentos de Antioquia, Caldas y Quindío.[9]

Dentro de las complicaciones se encuentran pancreatitis y colecistitis hasta en un 12.9% de etiología viral en especial por el VHA, descritas más frecuentemente en la población pediátrica en países en desarrollo. En 1989 Fernández y col. describieron el primer caso de un paciente con infección por VHA y desarrollo de colecistitis. Aunque no existe un mecanismo fisiopatológico preciso, Mourani y col. realizaron análisis inmunohistoquímicos de la vesícula en pacientes que desarrollaron esta patología, encontrando infiltrados inflamatorios predominantemente linfocíticos en el epitelio vesicular, sugiriendo un mecanismo mediado por inmunidad celular, mientras otros autores sugieren que el edema de la pared vesicular es el resultado de la hipoalbuminemia, extensión de la inflamación hepática, obstrucción venosa, linfática y aumento de la presión portal.[10-14]

La colecistitis acaculosa es el resultado de la disminución de la motilidad vesicular que lleva a aumento de la presión intraluminal y posteriormente a isquemia, inflamación y necrosis, la cual puede ser secundaria a uso de ciertos medicamentos, trauma, nutrición parenteral, quemaduras extensas y procesos infecciosos virales o bacterianos.[15,16]

En la literatura se encontraron 8 casos reportados en adultos como se muestra en la **tabla 2**, con edades que oscilaron entre 28 y 81 años, siendo en un 50% de sexo femenino. En cuanto a la presentación clínica se encuentran como síntomas cardinales, ictericia hasta en 87.5% de los casos y fiebre y dolor abdominal hasta en un 75%. En cuanto a la imagen ecográfica la mayoría se demostró engrosamiento de la pared y solo un caso se asoció con litiasis. La paciente que reportamos presentó desde el ingreso hallazgos ecográficos de colecistitis gangrenosa, sin embargo, el abordaje multidisciplinario que correlacionó la infección del virus de la hepatitis A y la colecistitis, clasificó este hallazgo como una manifestación de la infección y no entidades aisladas, permitiendo continuar con el manejo médico y así lograr una evolución clínica satisfactoria.[13-17]

Ante un paciente con infección por virus de hepatitis, se fija la atención y el esfuerzo tanto diagnóstico como terapéutico en el compromiso hepático, sin embargo, se describen también manifestaciones extrahepáticas hasta en un 6.4%, que deben considerase una sola entidad. Esta situación es más común en casos de hepatitis B (VHB) presentándose hasta en el 40% y en 8.7% por VHA.[10] Adicionalmente como otras manifestaciones se ha descrito compromiso a nivel renal, inmunológico, cutáneo, endocrino e incluso neurológico. Del compromiso renal, la glomerulonefritis más frecuente es de tipo membranoso, en su mayoría por VHB, aunque también se ha documentado en infección por virus serotipo C (VHC), manifestándose como síndrome nefrótico.[11,16]

Algunos autores consideran infrecuente la colecistitis y plantean la diferenciación entre colecistitis acalculosa y el fenómeno descrito como pericolecistitis viral, hallazgo transitorio y benigno dado por engrosamiento de la pared de la vesícula. Debnath describió en una institución hospitalaria militar de la India donde la realización rutinaria de ultrasonografía de hígado y vías biliares en pacientes con infección por VHA, encontrando en un 80% pericolecistitis, donde la diferenciación del edema y la colecistitis deriva en un manejo expectante que impacta positivamente la supervivencia.[17-20]

A pesar de que las manifestaciones extrahepáticas VHA son infrecuentes, es importante para el clínico interpretar algunos hallazgos como componentes de la infección y no asumirlos como entidades aisladas.[10]

Tabla 2. Casos descritos en la literatura

Artículo	Edad	Sexo	Clínica	AST/ ALT inicial	Bilirrubina total y directa inicial	Ecografía	Manejo
Zuluaga	34	Femenino	Fiebre, ictericia, dolor abdominal	1093 U/L/3285 U/L	9.05, 8.40	Colecistitis gangrenosa	Médico
Kaya(2)	31	Femenino	Dolor abdominal, malestar general y coluria	559 U/L 618 U/L	2.11, 1.92	Vesícula hidrópica, engrosamiento de 14 mm sin cálculos	Médico
Cuk P(3)	81	--	Ictericia y fiebre	Ast:3439 U/L	201 micromol/L	Engrosamiento de 13 mm sin evidencia de cálculo	Quirúrgico
Mourani(4)	68	Masculino	Fiebre, emesis, ictericia y shock	95.7 U/L /147.4 U/L	82.1 micromol/L	Engrosamiendo de pared sin cálculos	Quirúrgico
Melero(5)	39	Femenina	Fiebre, coluria, ictericia y dolor abdominal	1263/1348 U/L	Normal	Vesícula engrosada, edematosa y liquido libre perivesicular, alitiásica.	Quirúrgico
Ozaras(6)	28	Masculino	Dolor abdominal, anorexia, ictericia y prurito	370 U/L/1386 U/L	8.4, 3.9 mg/dL	Resonancia: engrosamiento de pared, liquido perivesicular, sin litiasis ni evidencia tumoral.	Médico
Leonher (7)	33	Femenino	Deposiciones diarreicas, fiebre, ictericia y dolor abdominal	770 U/L, 1375 U/L	3.53 mg/dL, 2.34 md/gL	Litiasis vesicular, engrosamiento de 13 mm y edema perivesicular	Quirúrgico
Sierra (13)	49	Masculino	Fiebre, ictericia, dolor abdominal, coluria	5.229 U/L / 4.842 U/L	6.81 mg/dL, 6.16 mg/dL	Vesícula distendida, de bordes irregulares y paredes engrosadas	Médico

Fuente: los autores.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses. Los autores solicitaron el consentimiento informado al paciente del presente artículo para su publicación.

REFERENCIAS

1. Lemon SM, Ott JJ, Van Damme P, Shouval D. Type A viral hepatitis: A summary and update on the molecular virology, epidemiology, pathogenesis and prevention. J Hepatol. 2017;S0168-8278(17)32278-X. https://doi.org/10.1016/j.jhep.2017.08.034.
2. Kaya S, Eskazan AE, Ay N, Baysal B, Bahadir MV, Onur A, et al. Acute Acalculous Cholecystitis due to Viral Hepatitis A. Case Rep Infect Dis. 2013;2013:407182. https://doi.org/10.1155/2013/407182.
3. Cuk P, Iqbal M, Lykke J. [Perforated acute acalculous cholecystitis caused by hepatitis A]. Ugeskr Laeger. 2014;176(16):V12130701.
4. Mourani S, Dobbs SM, Genta RM, Tandon AK, Yoffe B. Hepatitis A Virus-associated Cholecystitis. Ann Intern Med. 1994;120(5):398-400. https://doi.org/10.7326/0003-4819-120-5-199403010-00008.
5. Melero Ferrer JL, Ortuño Cortés J, Nevárez Heredia A, Yago Baenas M, Berenguer M. [Acute acalculous cholecystitis associated with acute hepatitis A virus infection]. Gastroenterol Hepatol. 2008;31(7):433-5. https://doi.org/10.1157/13125589.
6. Ozaras R, Mert A, Yilmaz MH, Celik AD, Tabak F, Bilir M, et al. Acute viral cholecystitis due to hepatitis A virus infection. J Clin Gastroenterol. 2003;37(1):79-81. https://doi.org/10.1097/00004836-200307000-00020.
7. Leonher R KL, Fuentes M M, de Haro C K, Hernández R CM, López Z J, Jiménez G JA. Colecistitis acalculosa secundaria a infección por virus de la hepatitis A. Rev Chil Cir. 2016;68(1):65-8. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262016000100011.
8. Foster MA, Haber P, Noele P N, Pinkbook: Hepatitis A [Internet]. National Center for Immunization and Respiratory Diseases; 2021 [citado 21 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.cdc.gov/vaccines/pubs/pinkbook/hepa.html
9. Semana epidemiológica 28 7 al 13 de julio de 2019 - Hepatitis. Boletín Epidemiológico Semanal. Instituto Nacional de Salud de Colombia; 2019.
10. Amarapurkar DN, Amarapurkar AD. Extrahepatic manifestations of viral hepatitis. Ann Hepatol. 2002;1(4):192-5.
11. Hamid R, Zackria R, Sharma JS. A curious case of acute acalculous cholecystitis. Cureus. 2021;13(5):e14948. https://doi.org/10.7759/cureus.14948.
12. Piza Palacios L, Espinoza-Ríos J. Hepatitis A and hepatitis E virus co-infection with right pleural effusion, ascites and acute acalculous cholecystitis. A case report. Rev Gastroenterol Peru. 2020;40(1):77-79.
13. Sierra -Vargas EC. Anormalidades de la vesicula biliar en hepatitis A: A proposito de un caso. Hepatología. 2021;2(1):257-262. https://doi.org/10.52784/27112330.132.
14. Díaz Martinez J. Management of gallbladder edema confused as cholecystitis in the emergency department. Cir Gen. 2021;43(1):9-14. https://doi.org/10.35366/103908.
15. Balmadrid B. Recent advances in management of acalculous cholecystitis. F1000Res. 2018;7:F1000. https://doi.org/10.12688/f1000research.14886.1.
16. Cárdenas Quirós MF. Colecistitis aguda alitiásica. Rev Méd Sinerg. 2018;6(3):3-8. https://doi.org/10.31434/rms.v3i6.128.
17. Muñoz-Martínez SG, Díaz-Hernández HA, Suárez-Flores D, Sánchez-Ávila JF, Gamboa-Domínguez A, García-Juárez I, Torre A. Manifestaciones atípicas de la infección por el virus de la hepatitis A. Revista de Gastroenterología de México. 2018;83(2):134-143. https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2017.10.004.
18. Debnath J, Mathur A. Is it acalculous cholecystitis or reactive/viral pericholecystits in acute hepatitis?. Braz J Infect Dis. 2010;14(6):647-648. https://doi.org/10.1590/S1413-86702010000600021
19. Mejri A, Arfaoui K. Acute choleystitis that must nnot be operated. PAMJ - Clinical Medicine. 2020;80(2):1-5. https://doi.org/10.11604/pamj-cm.2020.2.80.21910.
20. Matsui Y, Hirooka S, Kotsuka M, Yamaki S, Kosaka H, Yamamoto T. Prognosis in Patients With Gallbladder Edema Misdiagnosed as Cholecystitis. JSLS. 2019;23(2): e2019.00022. https://doi.org/10.4293/JSLS.2019.00022.