

# recimundo

Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento

**DOI:** 10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.520-526

**URL:** <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1593>

**EDITORIAL:** Saberes del Conocimiento

**REVISTA:** RECIMUNDO

**ISSN:** 2588-073X

**TIPO DE INVESTIGACIÓN:** Artículo de investigación

**CÓDIGO UNESCO:** 3201 Ciencias Clínicas

**PAGINAS:** 520-526








## Colecistitis Aguda Alitiásica

Acute Alliasic Cholecystitis

Cholecistite Alíaca Aguda

**Emanuel Francisco Calle Jara<sup>1</sup>; Paula Jessenia Idrovo Campoverde<sup>2</sup>; Andrea Gabriela Peralta Sánchez<sup>3</sup>; Karla Johanna Bermeo León<sup>4</sup>; Jonnathan Javier Quilli Guamán<sup>5</sup>**

**RECIBIDO:** 25/01/2022 **ACEPTADO:** 15/02/2022 **PUBLICADO:** 01/05/2022

1. Médico; Residente en el Hospital Homero Castanier Crespo en el Servicio de Cirugía; Azogues, Ecuador; emcajacracing@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-9057-8225>.
2. Médico; Residente en el Hospital Homero Castanier Crespo; Azogues, Ecuador; paulaidrovoc94@gmail.com ;  <https://orcid.org/0000-0001-9509-2339>.
3. Médico; Residente en el Hospital Homero Castanier Crespo; Azogues, Ecuador; andreapesa1994@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-1115-1544>.
4. Médico; Investigador Independiente; Azogues, Ecuador; karlabermeo@uees.edu.ec;  <https://orcid.org/0000-0001-5204-4783>.
5. Médico; Investigador Independiente; Cuenca, Ecuador; quillijq@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-9844-9935>.

### CORRESPONDENCIA

Emanuel Francisco Calle Jara

emcajacracing@gmail.com

**Azogues, Ecuador**

## RESUMEN

La colecistitis aguda alitiásica (CAA) o también llamada acalculosa, constituye en una entidad poco frecuente pero emergente y en muchas ocasiones secundaria a otras condiciones clínicas, manifiesta la presencia de una inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos en su interior. La colecistitis alitiásica representa el 5-10% restante de las colecistitis y se observa típicamente en pacientes muy enfermos o en el contexto de una lesión grave con factores predisponentes (diabetes mellitus, vasculitis, insuficiencia cardíaca, shock, sepsis, etc.) El diagnóstico es imperativo, dada su propensión para la progresión a la gangrena (más del 50%) y la perforación (10%) y debe considerarse en todos los pacientes críticos con septicemia y/o ictericia. En consecuencia, la presente investigación tiene el propósito de compendiar el diagnóstico y tratamiento de la Colecistitis Aguda Alitiásica. Los estudios de laboratorio no son concluyentes en todos los pacientes (en algunos casos), sin embargo, los más recomendados son: biometría hemática con presencia de leucocitosis, elevación de proteína C reactiva (PCR) y de velocidad de sedimentación globular (VSG), aumento de bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa. Para el diagnóstico por medio de imágenes, debido a la relación costo-efectividad, es el ecosonograma o ultrasonido el más utilizado. La decisión temprana del tratamiento, está íntimamente relacionado con el pronóstico. El tratamiento de la CAA siempre ha de instaurarse antibioterapia y tratamiento de soporte con sueros, analgésicos y dieta absoluta inicial. La colecistectomía ha sido históricamente el tratamiento de elección, sin embargo, actualmente la colecistostomía percutánea se ha convertido en una alternativa eficaz y mínimamente invasiva, sobre todo en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

**Palabras clave:** Colecistitis, Aguda, Alitiásica, Diagnóstico, Tratamiento.

## ABSTRACT

Acute acalculous cholecystitis (AAC) or also called acalculous, is a rare but emerging entity and often secondary to other clinical conditions, manifests the presence of gallbladder inflammation in the absence of stones inside. Acalculous cholecystitis accounts for the remaining 5-10% of cholecystitis and is typically seen in very ill patients or in the setting of severe injury with predisposing factors (diabetes mellitus, vasculitis, heart failure, shock, sepsis, etc.) Diagnosis it is imperative, given its propensity for progression to gangrene (greater than 50%) and perforation (10%), and should be considered in all critically ill patients with sepsis and/or jaundice. Consequently, the present investigation has the purpose of summarizing the diagnosis and treatment of Acute Acalculous Cholecystitis. Laboratory studies are not conclusive in all patients (in some cases), however, the most recommended are: blood count with leukocytosis, elevated C-reactive protein (CRP) and erythrocyte sedimentation rate (ESR), increased bilirubins, transaminases, alkaline phosphatase, amylase. For diagnosis by means of images, due to the cost-effectiveness relationship, the echosonogram or ultrasound is the most used. Early treatment decision is closely related to prognosis. Treatment of CAA must always include antibiotic therapy and supportive treatment with fluids, analgesics and an initial absolute diet. Cholecystectomy has historically been the treatment of choice, however, currently percutaneous cholecystostomy has become an effective and minimally invasive alternative, especially in patients with high surgical risk.

**Keywords:** Cholecystitis, Acute, Acalculous, Diagnosis, Treatment.

## RESUMO

A colecistite aguda acalculada (AAC) ou também chamada acalculada, é uma entidade rara mas emergente e muitas vezes secundária a outras condições clínicas, manifesta a presença de inflamação da vesícula biliar na ausência de pedras no seu interior. A colecistite acalculada é responsável pelos restantes 5-10% da colecistite e é tipicamente observada em doentes muito doentes ou no contexto de lesões graves com factores predisponentes (diabetes melito, vasculite, insuficiência cardíaca, choque, sepsis, etc.) O diagnóstico é imperativo, dada a sua propensão para a progressão para a gangrena (superior a 50%) e perfuração (10%), e deve ser considerado em todos os doentes críticos com sepsis e/ou icterícia. Consequentemente, a presente investigação tem o objectivo de resumir o diagnóstico e tratamento da Cholecistite Acalculada Aguda. Os estudos laboratoriais não são conclusivos em todos os doentes (em alguns casos), contudo, os mais recomendados são: hemograma com leucocitose, proteína C-reativa elevada (CRP) e taxa de sedimentação eritrocitária (ESR), bilirrubinas aumentadas, transaminases, fosfatase alcalina, amilase. Para o diagnóstico por meio de imagens, devido à relação custo-eficácia, o ecosonograma ou ultra-som é o mais utilizado. A decisão de tratamento precoce está intimamente relacionada com o prognóstico. O tratamento de CAA deve incluir sempre terapia anti-biótica e tratamento de apoio com líquidos, analgésicos e uma dieta inicial absoluta. A colecistectomia tem sido historicamente o tratamento de escolha, no entanto, actualmente a colecistectomia percutânea tornou-se uma alternativa eficaz e minimamente invasiva, especialmente em pacientes com elevado risco cirúrgico.

**Palavras-chave:** Cholecistectomia, Aguda, Acalculada, Diagnóstico, Tratamento.

## Introducción

La colecistitis es una inflamación de la vesícula. La vesícula es un órgano pequeño, con forma de pera, ubicado en la zona derecha del abdomen, debajo del hígado. La vesícula contiene líquido digestivo (bilis) que se libera al intestino delgado. En la mayoría de los casos, la colecistitis se produce por cálculos biliares que obstruyen el tubo que sale de la vesícula. Esto se da como consecuencia de una acumulación de bilis que puede causar inflamación. Otras causas de la colecistitis comprenden problemas con el conducto biliar, tumores, enfermedades graves y ciertas infecciones. (Clínica Mayo, 2020)

La colecistitis se clasifica como aguda o crónica. Empieza repentinamente y causa un dolor intenso y continuo en la región superior del abdomen. Por lo menos el 95% de las personas con colecistitis aguda tienen cálculos biliares. La inflamación casi siempre comienza sin infección, aunque esta puede aparecer después. La inflamación puede hacer que la vesícula biliar se llene de líquido y que sus paredes aumenten en espesor. Con muy poca frecuencia se presenta un tipo de colecistitis aguda sin presencia de cálculos (colecistitis alitiásica o acalculosa). Sin embargo, la vesícula biliar puede contener barro (partículas microscópicas de materiales similares a los de los cálculos biliares). (Lindenmeyer, 2021)

La colecistitis aguda alitiásica (CAA) o también llamada acalculosa, constituye en una entidad poco frecuente pero emergente y en muchas ocasiones secundaria a otras condiciones clínicas, manifiesta la presencia de una inflamación de la vesícula biliar en ausencia de cálculos en su interior. (Cárdenas Quirós, 2018, pág. 4)

Entre las situaciones que pueden dar lugar a la CAA se cuentan estasis biliar, nutrición parenteral total, isquemia de la vesícula biliar, mediadores de la inflamación y sepsis. La isquemia de la vesícula biliar es un factor fundamental en la patogénesis de la CAA.

Se ha sugerido una interrelación con la estasis, ligada a la hipoperfusión. La disminución del aporte sanguíneo se relaciona con fenómenos de hipotensión, deshidratación y la administración de drogas vasoactivas. (Soria, Galindo, Flores, Carrasco, & Aguayo, 2017, pág. 708)

La colecistitis alitiásica representa el 5-10% restante de las colecistitis y se observa típicamente en pacientes muy enfermos o en el contexto de una lesión grave con factores predisponentes (diabetes mellitus, vasculitis, insuficiencia cardíaca, shock, sepsis, etc.) El diagnóstico es imperativo, dada su propensión para la progresión a la gangrena (más del 50%) y la perforación (10%) y debe considerarse en todos los pacientes críticos con septicemia y/o ictericia. (Madu, Phadke, & Hoff, 2021)

La identificación de más casos de esta patología viene de la mano del aumento de pacientes graves, la mayor conciencia y la mejora en las técnicas de diagnóstico por imagen, siendo reconocida como uno de los diagnósticos diferenciales a valorar entre las complicaciones de pacientes con comorbilidades importantes. (Soria, Galindo, Flores, Carrasco, & Aguayo, 2017, pág. 708)

La mortalidad de la CAA depende de la condición médica subyacente, variando desde el 90% en pacientes críticamente enfermos, hasta el 10% en pacientes ambulatorios, pero siempre mayor que el 1% de mortalidad correspondiente a la colecistitis litiásica y además la enfermedad en sí misma puede empeorar rápidamente debido a la alta prevalencia de gangrena y perforación. (Cárdenas Quirós, 2018, pág. 4)

En consecuencia, la presente investigación tiene el propósito de compendiar el diagnóstico y tratamiento de la colecistitis aguda alitiásica.

## **Materiales y Métodos**

La clasificación de la investigación es de tipo documental bibliográfico y la metodología aplicada es la de revisión. El material necesario para su desarrollo fue material bibliográfico digital, al que se tuvo acceso mediante el uso de equipos de computación con conexión a internet.

La investigación se enfoca en la búsqueda, revisión y referenciación de literatura científica académica, disponible en determinadas bases de datos, tales como: PubMed, MedlinePlus, Biblioteca Virtual de la Salud (BVS), SciELO, Medigraphic, Dialnet y ELSEVIER, Cochrane, entre otras.

Se llevó a cabo una búsqueda simple, utilizando los siguientes descriptores: "Colecistitis", "Colecistitis aguda", "Colecistitis aguda alitiásica", "Colecistitis aguda alitiásica + diagnóstico" y "Colecistitis aguda alitiásica + tratamiento". Se obtuvieron diversos resultados, que necesariamente se filtraron en base a los siguientes criterios: idioma español, relevancia, correlación temática, tipo de material bibliográfico y fecha de publicación en los últimos diez años.

El material bibliográfico considerado fue el relativo a artículos científico académico, de revisión, ensayos, libros, tesis de pregrado, posgrado y doctorado, actas de conferencias, monografías, resúmenes ejecutivos, audios y videos, y demás documentos.

## **Resultados**

### **Diagnóstico**

Actualmente la frecuencia de la colecistitis aguda alitiásica ha incrementado lo suficiente como para que se deba considerar entre las posibilidades diagnósticas en todo paciente críticamente enfermo o herido con un cuadro clínico de sepsis o ictericia sin origen conocido. El diagnóstico rápido y preciso es esencial, ya que la isquemia de la vesícula biliar puede progresar rápidamente a gangrena, empiema o perforación. (Cárdenas Quirós, 2018, pág. 6 )

El diagnóstico de la CAA incluye, en líneas generales, historia detallada, examen clínico, test de laboratorio e imágenes. La mejor combinación de estudios no se conoce, por lo que es recomendable la combinación de varios hasta estar seguro el diagnóstico.

En la exploración física destaca el dolor con peritonismo en hipocondrio derecho, con un signo de Murphy positivo (dolor a ese nivel en la palpación, con interrupción de la inspiración). A veces existe ictericia por la distensión de la vesícula, que condiciona compresión del colédoco. (Pérez Guarino, 2021, pág. 34)

Para Rosas, Carreño, & Ramírez, (2017) los estudios de laboratorio no son concluyentes en todos los pacientes (en algunos casos), sin embargo, los más recomendados son: biometría hemática con presencia de leucocitosis, elevación de proteína C reactiva (PCR) y de velocidad de sedimentación globular (VSG), aumento de bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa. (p. 54)

Dentro de las diferentes modalidades de imagen encontramos: ecografía, tomografía computarizada (TAC) y escáner hepatobiliar con ácido iminodiacético (HIDA) (no disponible en todos los hospitales). No existe consenso en cuál es la mejor la prueba de imagen para realizar el diagnóstico, pero en lo que coinciden todos los estudios es que la resonancia nuclear magnética no es el procedimiento de elección al ser un procedimiento largo y que no aporta beneficios sobre las otras modalidades. (Mourelo Fariña, 2015, pág. 38)

La ecografía es habitualmente la primera prueba realizada en pacientes en los que se sospecha un abdomen agudo, ya que es una prueba no invasiva, es posible realizarla a pie de cama y tiene una buena sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de CAA, con el engrosamiento de la pared vesicular como signo más fiable para su diagnóstico. (Soria, Galindo, Flores, Carrasco, & Aguayo, 2017, pág. 709)



La imagen ultrasonográfica de la CAA es de una vesícula dilatada, que puede contener lodo biliar, sin cálculos, con engrosamiento de más de 3 mm de su pared y con signo del halo positivo, el cual se observa como una zona anecoica que rodea a la vesícula y que es secundario a la presencia de líquido perivesicular en ausencia de ascitis. En casos graves cuando existe necrosis, se observa fragmentación de la pared vesicular. El ultrasonido también ayuda a descartar dilatación de la vía biliar y procesos obstructivos (ver Figura 1). (Granados Quesada & Jiménez Pereira, 2013, pág. 13)



**Figura 1.** Ultrasonido de abdomen donde se aprecia engrosamiento de la pared y dilatación importante de la vesícula.

**Fuente:** “Colecistitis acalculosa en el paciente quemado”. Granados Quesada & Jiménez Pereira. (2013). Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 3 (3). p. 13. URL: <https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/14778/10437-14948-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Por otra parte, Rosas, Carreño, & Ramírez, (2017) en su estudio donde presentaron un caso de colecistitis aguda alitiásica en un adolescente manifestaron las siguientes consideraciones al momento del diagnóstico:

Es importante recalcar los datos clínicos que pueden orientarnos hacia el diagnósti-

co de esta patología, dolor en hipocondrio derecho con migración a escápula, cuadrante superior derecho o epigastrio, fiebre, distensión abdominal, ausencia o disminución de ruidos peristálticos, náusea, vómito, anorexia, apoyados siempre en estudios de laboratorio como biometría hemática completa, PCR y VSG, examen general de orina así como ultrasonido, buscando los criterios mayores y menores que son indispensables. (p. 57)

La tomografía computarizada parece ser tan precisa como la ecografía en el diagnóstico de CAA, los criterios diagnósticos son similares a los descritos para la ecografía. Se han notificado exploraciones con ultrasonidos falsos positivos, y pueden ocurrir en particular cuando las afecciones incluyen lodo, cálculos no oclusivos, colesterosis, hipoalbuminemia o ascitis imitan una pared engrosada de la vesícula biliar. (Cárdenas Quirós, 2018, pág. 7)

### Tratamiento

El tratamiento no ha de diferirse, ya que la mortalidad alcanza el 75%, e incluso llega a un 30% aunque el tratamiento sea adecuado y rápido. Es necesario un tratamiento de soporte con sueroterapia y analgesia, antieméticos y antibióticos. (Pérez, Soria, Flores, & Aguayo, 2018, pág. 1240)

Strasberg, (2008) referido por Soria et al., (2017) manifiesta que el tratamiento con antibiótico debe iniciarse lo más precozmente posible, independientemente del tratamiento definitivo elegido. La elección del antibiótico empírico debería cubrir los patógenos más frecuentes de la familia de las enterobacterias, incluyendo Gram negativos y anaerobios; no es necesario que sean activos contra enterococos. (p. 709)

Por su parte, Pérez Guarino, (2021) indica que el tratamiento de la CAA siempre ha de instaurarse antibioterapia y tratamiento de soporte con sueros, analgésicos y dieta absoluta inicial. A pesar de que no existen estudios de alta calidad, algunas guías

sostienen que cuando se diagnostique una CAA, si existen complicaciones (gangrena, enfisema o perforación de la pared vesicular), está indicada la colecistectomía. En el caso de que no existan complicaciones o en pacientes con múltiples comorbilidades, se suele optar por tratamiento conservador inicialmente. El drenaje radiológico asociado a la antibioterapia es una herramienta útil en estos pacientes. (Pág. 34)

La terapia antibiótica no sustituye a la colecistectomía o a la colecistostomía percutánea (CP) para el tratamiento de CAA, pero es importante administrarla de forma concomitante. El tratamiento deberá ir enfocado a aquellos microorganismos más comúnmente aislados en la bilis de estos pacientes, como *E. coli*, *Klebsiella spp* y *Enterococcus faecalis*. El tratamiento tradicional de la CAA ha sido la colecistectomía, bien sea por abordaje abierto o por laparoscópico. (Soria, Galindo, Flores, Carrasco, & Aguayo, 2017)

Asimismo, Pérez, Soria, Flores, & Aguayo, (2018) coinciden en que para el control de la infección local se dispone de diferentes estrategias, tales como el drenaje, preferentemente percutáneo y la colecistectomía. El primero es menos invasivo, lo que se agradece en enfermos graves y de edad. (p. 1240)

La colecistectomía es una intervención quirúrgica para extirpar la vesícula biliar, un órgano en forma de pera que se encuentra justo debajo del hígado, en la parte superior derecha del abdomen. (Clínica Mayo, 2021)

Para Gargallo, Aranguren, & Simón, (2011) aunque la colecistectomía ha sido históricamente el tratamiento de elección, actualmente la colecistostomía percutánea se ha convertido en una alternativa eficaz y mínimamente invasiva, sobre todo en pacientes de alto riesgo quirúrgico. en el caso de no obtener una mejoría evidente a las 3 semanas de la colocación del drenaje, debería reconsiderarse el diagnóstico, y en caso de

confirmarse, realizar una colecistectomía de forma urgente. (p. 51)

La colecistostomía percutánea (CP) es capaz de controlar la CAA en un 85-90% de pacientes, aunque las tasas de éxito oscilan del 56% al 100%. La CP se ha utilizado como opción terapéutica de rescate en aquellos pacientes con mala situación basal que no pueden someterse a cirugía urgente con anestesia general. Los pacientes tratados de forma exitosa mediante CP no precisan de una colecistectomía posterior, por lo que algunos autores proponen la CP como el tratamiento de elección en ausencia de gangrena o perforación vesicular. (Soria, Galindo, Flores, Carrasco, & Aguayo, 2017, pág. 709)

### Conclusión

La Colecistitis Aguda Alitiásica es una entidad poco frecuente, no obstante, de gran importancia en el manejo de pacientes críticamente enfermos.

Los estudios de laboratorio no son concluyentes en todos los pacientes (en algunos casos), sin embargo, los más recomendados son: biometría hemática con presencia de leucocitosis, elevación de proteína C reactiva (PCR) y de velocidad de sedimentación globular (VSG), aumento de bilirrubinas, transaminasas, fosfatasa alcalina, amilasa. Para el diagnóstico por medio de imágenes, debido a la relación costo-efectividad, es el ecosonograma o ultrasonido la opción más utilizada. Es un estudio con amplias ventajas, entre ellas, que se puede realizar al lado del paciente, sin necesidad de movilizarlo, lo cual representan una gran ventaja sobre todo en pacientes críticamente enfermos.

La decisión temprana del tratamiento, está íntimamente relacionado con el pronóstico. El tratamiento de la CAA siempre ha de instaurarse antibioterapia y tratamiento de soporte con sueros, analgésicos y dieta absoluta inicial. La colecistectomía ha sido históricamente el tratamiento de elección,

sin embargo, actualmente la colecistostomía percutánea se ha convertido en una alternativa eficaz y mínimamente invasiva, sobre todo en pacientes de alto riesgo quirúrgico.

## Bibliografía

Cárdenas Quirós, M. F. (2018). Colecistitis aguda alitiásica. *Revista Médica Sinergia*, 3(6), 3-8. doi:https://doi.org/10.31434/rms.v3i6.128ç

Clínica Mayo. (28 de agosto de 2020). Clínica Mayo. Recuperado el 05 de abril de 2022, de https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cholecystitis/symptoms-causes/syc-20364867

Clínica Mayo. (18 de septiembre de 2021). Clínica Mayo. Recuperado el 27 de abril de 2022, de https://www.mayoclinic.org/es-es/tests-procedures/cholecystectomy/about/pac-20384818

Gargallo, C., Aranguren, F., & Simón, M. (2011). Emergencias en gastroenterología y hepatología. *GH Continuada*, 10(1), 47-52. Recuperado el 25 de abril de 2022, de https://www.elsevier.es/index.php?p=revista&pRevista=pdf-simple&pii=S1578155011700110&r=284

Granados Quesada, R., & Jiménez Pereira, E. (marzo de 2013). COLECISTITIS ACALCULOSA EN. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD*, 3(3), 11-15. Recuperado el 28 de abril de 2022, de https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/14778/10437-14948-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Lindenmeyer, C. (septiembre de 2021). *Manuales MSD*. Recuperado el 08 de abril de 2022, de https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-del-h%C3%ADgado-y-de-la-ves%C3%ADcula-biliar/trastornos-de-la-ves%C3%ADcula-biliar-y-de-las-v%C3%ADdas-biliares/colecistitis

Maddu, K., Phadke, S., & Hoff, C. (2021). Complications of cholecystitis: a comprehensive contemporary imaging review. *Emergency Radiology*, 28(5), 1011-1027. doi:https://doi.org/10.1007/s10140-021-01944-z

Mourelo Fariña, M. (2015). Colecistitis aguda alitiásica: ¿deberíamos pensar más en ella? *Proyecto Lumbre: Revista Multidisciplinar de Insuficiencia Cutánea Aguda*, 34-40. Recuperado el 20 de abril de 2022, de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5237357.pdf

Pérez Guarino, C. V. (2021). Colecistitis aguda aliática. estudio controlado según el procedimiento terapéutico. Tesis doctoral, Universidad de Murcia, Escuela Internacional de Doctorado. Recuperado el 22 de abril de 2022, de https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/106521/1/Tesis%20Doctoral%20Carmen%20Victoria%20P%c3%a9rez%20Guarinos.pdf

Pérez, C., Soria, V., Flores, D., & Aguayo, J. (2018). Colecistitis aguda alitiásica, ¿tratamiento quirúrgico o no quirúrgico? IV Jornadas Doctorales Escuela Internacional de Doctorado de la Universidad de Murcia (EIDUM), 1240-1241. Recuperado el 29 de abril de 2022, de https://publicaciones.um.es/publicaciones/public/obras/ficha.seam?numero=2736&edicion=1

Rosas, G., Carreño, K., & Ramírez, C. (2017). Colecistitis Aguda Alitiásica: A Propósito de un Caso en Paciente Adolescente. *Salud y Administración*, 4(11), 53-57. Recuperado el 20 de abril de 2022, de http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol4num11/6\_Colecistitis.pdf

Soria, V., Galindo, L., Flores, D., Carrasco, M., & Aguayo, J. (2017). ¿Es la colecistectomía el tratamiento de elección en la colecistitis aguda alitiásica? Revisión sistemática de la literatura. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 109(10), 708-718. Recuperado el 15 de abril de 2022, de https://scielo.isciii.es/pdf/diges/v109n10/es\_original6.pdf

## CITAR ESTE ARTICULO:

Calle Jara, E. F., Idrovo Campoverde, P. J., Peralta Sánchez, A. G., Bermeo León, K. J., & Quilli Guamán, J. J. (2022). Colecistitis Aguda Alitiásica. *RECIMUNDO*, 6(2), 520-526. https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(2).abr.2022.520-526



CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.