

Muerte de un pasajero en un vuelo comercial. Muerte inesperada por colangitis supurada

Death of a passenger on a commercial flight. Unexpected death from pyogenic cholangitis

Resumen

Un pasajero de un vuelo comercial desde un país del Magreb a otro del norte de Europa fallece durante el vuelo. El avión aterriza en el aeropuerto más próximo en ese momento, que es el de nuestra ciudad. Comunicado el hecho a la autoridad judicial local, esta ordena la práctica de la autopsia médico-legal. En el presente caso no se pudo conseguir ninguna información de los antecedentes patológicos del fallecido antes de la autopsia. Esta reveló la existencia de una colangitis supurada, debida a litiasis residual del colédoco, como causa de la muerte.

Palabras clave: Coledocolitiasis. Colangitis supurada. Choque séptico.

Abstract

A passenger on a commercial flight from a country in Maghreb to another one in Northern Europe dies during the flight. The plane landed at Malaga Airport (that was the nearest airport at that moment). Statements made to the local judicial authorities ordered the practice of a forensic autopsy. In this case no medical history information from the deceased before the autopsy could be gathered. This revealed the existence of a pyogenic cholangitis due to residual bile duct stones, as the cause of death.

Key words: Choledocholithiasis. Pyogenic cholangitis. Septic shock.

V. Ramos Medina¹
MA. López Calvo¹
I. Palomo Gómez¹
F. Martín Cazorla¹
P.J. Aranda Granados²
JL. Palomo Rando¹

¹Servicio de Patología Forense. Instituto de Medicina Legal. Málaga.
²Hospital Regional Carlos Haya. Málaga

Correspondencia:
Valentín Ramos Medina
E-mail:
valentin.ramos.ius@juntadeandalucia.es

Introducción

El presente caso es una prueba evidente de que el patólogo forense puede encontrarse cualquier cuadro patológico en su actividad profesional. En el que nos ocupa, se trataba del fallecimiento de un pasajero durante un vuelo comercial que aterriza en el aeropuerto de nuestra ciudad, sin que se facilitara ninguna información sobre los antecedentes patológicos del fallecido.

Presentación del caso

Súbdito de un país del Magreb de 71 años de edad, que viajaba desde su país a otro del norte de Europa en avión y falleció durante el vuelo. Cuando lo en-

contran en su asiento sin respiración, la tripulación le aplica reanimación básica durante 30 minutos.

El piloto aterriza en el aeropuerto de Málaga, pues es el más próximo al producirse el fallecimiento, para dejar el cadáver. Posteriormente, los médicos del aeropuerto aplican reanimación cardiopulmonar avanzada. Le acompañaba una mujer que sólo hablaba árabe y que siguió el viaje. La única información que se obtiene es que llevaba 4 días encontrándose mal.

Hallazgos de la autopsia (sinopsis)

Los hallazgos más sobresalientes del examen externo fueron: varón de 1,67 m de altura y 85,2 kg, IMC: 30,5, perímetro abdominal de 106 cm. Como signos patológicos presentaba un ligero tinte subictérico

Fecha de recepción:
30.JUL.2015

Fecha de aceptación:
03.SEPT.2015

Figura 1.
Pseudomembranas de fibrina
en el pericardio.

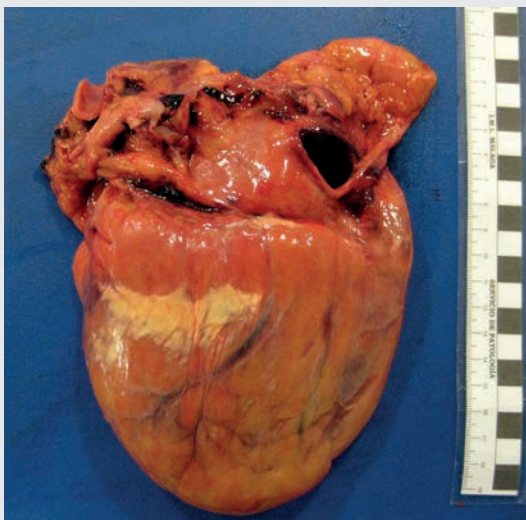
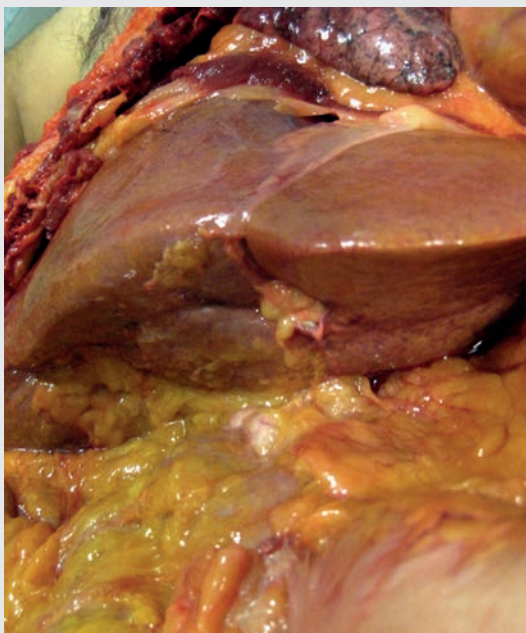


Figura 2.
Fosa vesicular vacía.
Colecistectomía.



en las conjuntivas. Electrodo de un desfibrilador semiautomático de acceso público en el tórax y una cicatriz de laparotomía subcostal derecha de 15 cm.

En el examen interno presentaba fracturas costales bilaterales y de esternón (reanimación cardiopulmonar). Signos de pericarditis con 3 c.c. de exudado purulento en la cavidad pericárdica, así como pseudomembranas de fibrina en el pericardio (Figura 1). Corazón de 475 g; arterias coronarias con algunas placas de ateroma que no estenosan más del 30% de la luz en algunos puntos, en general con buena luz. Miocardio sin alteraciones. Las circunferencias de los anillos valvulares en centímetros median: tricúspide 12, pulmonar 8, mitral 10,5 y aórtica 8. El grosor de la pared, en centímetros, del ventrículo derecho era 0,5, del ventrículo izquierdo 1,5 y del tabique 1,5. Pulmones de 865 g el derecho y 835 g el izquierdo, hepatización masiva, placas de ateroma en el endotelio de las arterias pulmonares.

Colecistectomizado (Figura 2). Hígado de 2.220 g, congestivo, de aspecto muy esteatósico; al corte, microabscesos múltiples (Figura 3). En el colédoco se encontró un cálculo pigmentado de 1,8 × 1,1 × 0,9 cm, enclavado en su extremo distal (Figuras 4 y 5). Páncreas de 145 g, con signos de autólisis. Riñones de 150 g cada uno, con superficie granular e intensa palidez de la cortical.

Se practicaron los siguientes estudios complementarios:

- Análisis microbiológico de exudado pericárdico, microabscesos hepáticos, sangre y bazo (laboratorio del hospital local), cuyos resultados se muestran en la Tabla 1.
- Análisis toxicológico de alcohol y screening general, que fue negativo.
- Estudio histopatológico general, que confirmó los diagnósticos macroscópicos.

Tabla 1.
Resultados del estudio
microbiológico.

	Hisopo Microabscesos pericárdico	Sangre hepáticos (pus)	Hígado	Bazo
<i>Escherichia coli</i>	+	+	+	++
<i>Streptococcus anginosus</i>	+	+	+	++
<i>Streptococcus agalactiae</i>	+			
<i>Clostridium perfringens</i>	+	+	+	+
<i>Enterobacter aerogenes</i>	+	+	+	
<i>Bacteroides fragilis</i>	+			
<i>Enterococcus avium</i>			+	

Discusión

Se plantea la autopsia de una supuesta muerte súbita e inesperada sin ningún tipo de información sobre los antecedentes del sujeto.

En principio, por la edad, la obesidad moderada y abdominal, se espera encontrar un caso de muerte de origen cardíaco isquémico. El hallazgo de escasa cantidad de exudado purulento y pseudomembranas de fibrina en el pericardio, y el buen estado de las coronarias y del miocardio, descartan dicho diagnóstico. Cuando se prosigue la autopsia, al seccionar el hígado aparecen múltiples microabscesos con pus amarillento. Se procede al examen del colédoco y, aunque el sujeto está colecistectomizado, se encuentra un cálculo biliar enclavado en su extremo distal, llegándose al diagnóstico de la causa de la muerte por fracaso multiorgánico debido a sepsis de origen biliar (colangitis supurativa) producida por litiasis residual del colédoco.

La causa más frecuente de colangitis bacteriana es la coledocolitiasis. Aunque el sujeto estaba colecistectomizado, es bien conocido que tras la colecistectomía pueden quedar cálculos no detectados en las vías biliares en el 1-10% de los pacientes, según prestigiosas publicaciones^{1,2}. La sintomatología más común de estos cálculos residuales es dolor abdominal, dispepsia e ictericia; más rara es la presentación clínica de abscesos hepáticos o pancreatitis. En nuestro caso desconocemos cuándo se practicó la colecistectomía. En una revisión de coledocolitiasis residual realizada por Chowbey *et al*³ en el año 2015 existe una gran disparidad en cuanto al tiempo medio de detección de estos cálculos poscolecistectomía, que oscila entre 8 meses y 9 años.

La presentación característica de la colangitis aguda debida a litiasis del colédoco consiste en cólico biliar, ictericia y fiebre séptica con escalofríos (tríada de Charcot). La colangitis puede manifestarse clínicamente como una infección relativamente moderada o como un choque séptico grave. En estos casos, a la referida tríada clásica de Charcot se añaden hipotensión y alteración del estado mental (péntada de Reynolds)^{2,4}.

Los gérmenes llegan a la vía biliar a través del esfínter de Oddi. Suelen ser los que constituyen la flora intestinal normal, enterobacterias (*Escherichia coli*, *Enterobacter*) y anaerobios (*Clostridium*, *Bacteroides fragilis*)^{1,2}, como los hallados en nuestro caso tanto en el exudado pericárdico como en los microabscesos hepáticos

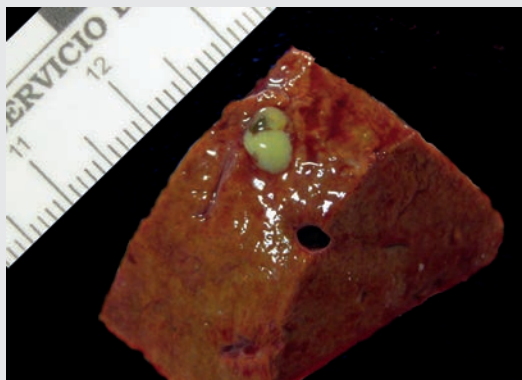


Figura 3. Microabsceso hepático.

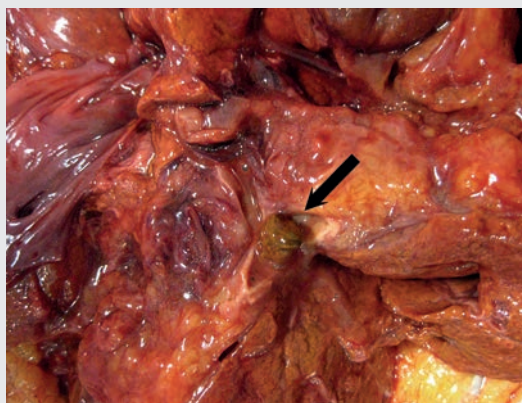


Figura 4. Cálculo enclavado en la porción distal del colédoco.



Figura 5. Cálculo biliar encontrado en el colédoco.

La colangitis supurativa es la forma más grave de colangitis, en la cual la bilis purulenta llena y distiende los conductos biliares. En la colangitis aguda supurativa, la presencia de pus a presión en un sistema ductal obstruido por completo puede ser el punto de partida de una sepsis generalizada con focos metastásicos (pericarditis purulenta) que origina síntomas de toxicosis grave: estupor, bacteriemia y choque séptico. La mortalidad de la colangitis supurada se aproxima al 100%, salvo que mediante cirugía o endoscopia se elimine rápidamente la causa de la obstrucción y se drene la bilis infectada¹.

Hay otros aspectos llamativos del caso. Por una parte, que el sujeto debía tener intensa sintomatología desde algunos días antes del fallecimiento, por lo que no puede hablarse de muerte súbita. Además, no debía llevar en el avión más de 2-3 horas, por lo que debió acceder al mismo por su pie, lo que resulta sorprendente pues en ese momento debía haberse iniciado o estar a punto de iniciarse el choque circulatorio.

Conclusión

El adecuado ejercicio de la patología forense requiere, además del dominio de la patología de la muerte violenta, de un buen conocimiento patología médica y quirúrgica común, que junto a la realización de autopsias completas y regladas es la única forma de que estos casos puedan ser bien resueltos.

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Greenberger NJ, Paungartner G. Enfermedades de la vesícula biliar y vías biliares. En: Harrison. *Principios de medicina interna* 16ª ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 2006. p. 2070-81.
2. Ketelle J, Priti Sud. Management of gallstones. En: Zakim and Boyer's. *Hepatology. A textbook of liver disease*. 6th ed. Philadelphia: Saunders-Elsevier; 2012: 1072-6.
3. Chowbey P, Sharma A, Goswami A, Afaq Y, Najma K, Baijal M, et al. Residual gallbladder stones after cholecystectomy: a literature review. *J Min Access Surg*. 2015;11:223-30.
4. Azfar MF, Khan MF, Khurshed M. Septic shock due to biliary stones in a postcholecystectomy patient. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2015;25(10 Suppl):S70-2.