



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-580 - COLECISTITIS AGUDA HEMORRÁGICA PERFORADA

Martínez López, P.¹; Bartra Balcells, E.¹; Morales Tugues, C.¹; García Durán, M.A.¹; Homs Farré, E.¹; Piñana Campón, M.I.¹; Domènech Calvet, J.¹; del Castillo Dejardin, D.²

¹Hospital Universitari Sant Joan, Reus; ²Universitat Rovira i Virgili. Facultat de Medicina, Reus.

Resumen

Introducción: La incidencia de la colecistitis aguda grave es del 6%. De éste, pueden desarrollar una colecistitis hemorrágica el 8-12%, siendo una complicación rara. Aún menos frecuente es la asociación de perforación (2-11%). Ésta puede deberse a la distensión de la vesícula que causa una ulceración y necrosis de la mucosa y finalmente su rotura y hemoperitoneo.

Caso clínico: Presentamos a una mujer de 65 años, con antecedentes de hipertensión arterial, neoplasia de mama izquierda intervenida, actualmente en tratamiento hormonal y quimioterápico y un ingreso en marzo 2020 por colecistitis aguda tratado con antibiótico-terapia por la situación de alarma sanitaria. Acude a Urgencias por dolor epigástrico y en hipocondrio derecho, de 1 semana de evolución que ha ido en aumento a pesar de analgesia oral. Se le realizan pruebas complementarias, objetivando colecistitis con absceso perivesicular que se extiende hacia parietocólico derecho. Se inicia antibiótico-terapia e ingresa. Presenta elevación de parámetros inflamatorios y picos febriles por lo que se realiza drenaje percutáneo de la colección con salida de débito purulento que se cultiva. Buena evolución clínica y analítica. El 4º día postpunción presenta dolor abdominal hipocondrio derecho brusco e intenso, hipotensión arterial y una deposición melénica. En el hemograma urgente se observa anemia, se inicia tratamiento para estabilización hemodinámica y se realiza TC abdomen urgente que informa de colecistitis con fuga de contraste intravesicular y perforación con cálculo de 2,3 cm libre en cavidad abdominal asociado a hemoperitoneo. Se realiza laparotomía subcostal derecha hallando hemoperitoneo, plastrón vesicular adherido a colon transverso y duodeno. Se objetiva vesícula con perforación a nivel de fundus con sangrado en sábana en su interior sin otros puntos de sangrado. Se realiza colecistectomía parcial con colocación de drenajes y extracción de cálculos. Postoperatorio inmediato en Unidad de Curas Intensivas sin incidencias. Pasa a planta de hospitalización donde se mantiene hemodinámicamente estable, no nuevos episodios melénicos. Inicia ingesta oral progresiva que tolera correctamente. Actualmente ingresada en tratamiento antibiótico.

Discusión: La colecistitis aguda hemorrágica perforada es una entidad poco frecuente asociada a una alta mortalidad. En su etiología están implicadas en mayor medida las litiasis vesiculares aunque también se ven relacionados: la antiagregación, las coagulopatías, la neoplasia vesicular, los traumatismos, la hipertensión portal, la corticoterapia, la mucosa gástrica ectópica o los parásitos. Los síntomas son muy similares a los provocados por una colecistitis aguda litiásica. En algunos casos se puede agregar hemobilia, melena y/o hematemesis, junto a inestabilidad hemodinámica como en nuestro caso. La ecografía y el TC de abdomen son las principales pruebas diagnósticas. El

tratamiento de elección es la intervención quirúrgica, laparoscópica o por laparotomía, asociado a tratamiento antibiótico.