



## P-201 - COLECISTITIS AGUDA CON HEMOCOLECISTO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN INUSUAL DEL CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Motos Mico, José Jacob; Cortes Climent, Javier; Ros Comesaña, Alejandro; Gerona Serrano, Delia; Ferri Candela, Lirios; Martínez Borrás, María; Arlandis Félix, Francisco; Serra Díaz, Carlos

Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy.

### Resumen

**Introducción:** El cáncer de vesícula biliar que se presenta como una colecistitis aguda asociada a hemocolecisto y a colangitis es una entidad muy infrecuente. Hasta la fecha hay pocos casos informados en la literatura.

**Caso clínico:** Un varón de 66 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y artritis reumatoide acude a urgencias por ictericia y dolor abdominal en el cuadrante superior derecho durante las últimas 24 horas, asociado a náuseas y vómitos. El examen físico revela un signo de Murphy dudoso. Los datos de laboratorio mostraron bilirrubina total en 6,14 mg/dL y aumento leve de las enzimas hepáticas. Durante su ingreso el paciente evoluciona de manera tórpida, presentando elevación de los reactantes de fase aguda, amilasa y lipasa. Se realiza tomografía computarizada urgente compatible con colecistitis aguda complicada con signos de sangrado intravesicular sin poder descartar la presencia de una lesión sólida intravesicular. Se decide intervención urgente presentando colecistitis aguda complicada con hemocolecisto y hemobilia. Se realiza colecistectomía, coledocotomía, coledocoscopia y colocación de Kehr. La anatomía patológica revela un adenocarcinoma de vesícula biliar tipo indiferenciado pleomórfico que infiltraba la capa muscular (T1bNxMx) sin poder asegurarlo por extensa autólisis por defecto de fijación en la pieza quirúrgica. El paciente se somete a una segunda operación con bisegmentectomía hepática IVB y V además de disección de los ganglios linfáticos del hilio hepático, sin evidencia de infiltración neoplásica.

**Discusión:** El hemocolecisto es la presencia de una hemorragia en el interior de la vesícula biliar y fue utilizado por Fitzpatrick por primera vez en 1961. La presencia de sangre en el interior de la vesícula biliar puede ocurrir por varias razones: colecistitis aguda, traumatismo abdominal, biopsia hepática, neoplasias biliares, hemobilia, mucosa gastrointestinal heterotópica, aneurismas de arterias vecinas rotos a la vesícula biliar, diátesis hemorrágica, parasitosis biliar e isquemia. El paciente con hemocolecisto puede presentar varios escenarios clínicos. El sangrado inicialmente produce coágulos intravesiculares que causan distensión vesicular y una clínica típica de colecistitis aguda. Si no se trata, puede ocurrir la perforación de la vesícula y originarse un abdomen agudo con hemoperitoneo. Además, raramente puede producir obstrucción de la vía biliar principal, induciendo una colangitis como en nuestro caso. Se debería realizar colecistectomía de urgencia en caso de colecistitis gangrenosa asociada, para evitar complicaciones como la perforación. Si la sospecha es

la presencia de un tumor, la indicación es el tratamiento quirúrgico. Concluimos que el hemocolecisto sintomático es un cuadro clínico infrecuente, que se ha de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor en hipocondrio derecho, cuyo diagnóstico puede resultar inicialmente difícil en caso de sintomatología de colelitiasis con ecografía no concluyente o ictericia obstructiva sin otros síntomas y cuyo tratamiento de elección es la colecistectomía urgente.