



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-552 - COLECISTITIS HEMORRÁGICA, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE A TENER EN CUENTA EN PACIENTES ANTICOAGULADOS

*Latorre Fragua, Raquel; Ramiro Pérez, Carmen; Medina Velasco, Aníbal; Gomendio Picardo, María Dolores; Gorini, Ludovica; Díaz Candelas, Daniel; Al Shwely, Farah; de la Plaza Llamas, Roberto*

*Hospital Universitario, Guadalajara.*

### Resumen

**Introducción:** La colecistitis hemorrágica es una urgencia infrecuente, asociada a una alta mortalidad, causada por ulceración de la mucosa y necrosis de la pared. En su etiología pueden estar implicados los cálculos biliares, la anticoagulación o coagulopatía, el carcinoma de vesícula biliar, los traumatismos, la corticoterapia o anomalías vasculares. Presentamos el caso de un paciente con ingreso de larga evolución en UCI que presenta colecistitis hemorrágica.

**Caso clínico:** Varón de 62 años trasplantado renal con ingreso en de 3 meses en UCI, de inicio por COVID manteniéndose por complicaciones derivadas, anticoagulado con clexane 60 mg/12h por trombosis arteria iliaca. Desde hace 48h presenta deterioro analítico con alteración del perfil hepático y mayor necesidad de drogas vasoactivas. 24h antes había precisado transfusión de 2 concentrados de hematíes por anemia (Hb 7,6 g). TAC: Contenido levemente hiperdenso en la luz de hemicolon derecho e íleon terminal en relación con probable contenido hemorrágico. Vesícula distendida con contenido levemente hiperdenso que se traduce como contenido hemorrágico o barro biliar. Colédoco ectásico y leve dilatación de la vía biliar intrahepática. No datos de sangrado activo. Analíticamente destaca leucocitosis 27500; Hb 9,6 (similar a la realizada 8h antes); INR 1,42; creatinina 0,56; ALT 1.485; AST 2.024; GGT 588; LDH 1331; ALP 3400; bilirrubina total 7. Exploración afebril, dolor a la palpación superficial y profunda en HCD-flanco derecho donde se palpa posiblemente el fundus vesicular. En FID se palpa masa compatible con riñón trasplantado, no doloroso. Cuadro compatible con colecistitis/colangitis por obstrucción probablemente debida a coágulos + compresión de la vía biliar por distensión vesicular. Se suspende anticoagulación, se inicia piperacilina tazobactam y se decide realizar colecistostomía debido a la reciente dosis de heparina. Se realiza colecistostomía obteniéndose 70cc de contenido hematobilioso a las 8h del procedimiento avisan por inestabilidad hemodinámica y aumento brusco del débito por drenaje de aspecto hemático por lo que se realiza colecistectomía urgente. Intraoperatoriamente se observó líquido libre en HCD biliohemático. Vesícula muy distendida con catéter de colecistostomía en su interior. Se realizó punción de la vesícula en el fundus aspirando contenido de inicio biliar/biliohemático y posteriormente sangre oscura abundante. Tras la colecistectomía se realizaron lavados a través del cístico con suero abundante hasta refluir bilis clara. Colangiografía transcística intraoperatoria con buen paso de contraste a vía biliar sin existir defectos de repleción en colédoco ni vía biliar. La histología de la pieza fue compatible con colecistitis hemorrágica. En el posoperatorio presentó fístula biliar autolimitada.

**Discusión:** Hay pocos casos descritos en la literatura y con frecuencia al diagnóstico asocian perforación y hemoperitoneo. Se trata de una patología grave cuyo diagnóstico se realiza más frecuentemente a través de un TC con contraste iv, al contrario que la colecistitis que habitualmente se diagnostica mediante ecografía. Su tratamiento debe ser agresivo, ya que una cirugía temprana, antes de la perforación vesicular disminuye significativamente su morbimortalidad. La realización de una colecistostomía en estos pacientes conlleva el riesgo de aumento de sangrado asociado a la disminución de la presión intraluminal de la vesícula, como ocurrió con nuestro paciente.