



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-759 - COLECISTITIS HEMORRÁGICA PERFORADA CON HEMATOMA RETROPERITONEAL

Ramos Muñoz, Francisco; Pico Sánchez, Leila; Roldán de la Rúa, Jorge Francisco; Hinojosa Arco, Luis Carlos; Martos Rojas, Noemí; Ávila García, Natalia; Mansilla Díaz, Sebastián; de Luna Díaz, Resi

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La colecistitis hemorrágica es una forma infrecuente de colecistitis que suele debutar de forma aguda y se asocia a alta morbimortalidad. Se puede presentar tanto en colecistitis litiasicas como alitiasicas, y sus causas pueden ser inflamatorias, tumorales, por traumatismos o iatrogénicas entre otras. La hemorragia produce una distensión de la vesícula, con ulceración de la mucosa y necrosis, y finalmente perforación y hemoperitoneo.

Caso clínico: Se presenta el caso de un varón de 77 años, fumador grave, con EPOC, dislipemia, miocardiopatía dilatada, hipertenso y antecedentes de colelitiasis sintomática que acudió a Urgencias por dolor abdominal epigástrico de un día de evolución, sin fiebre asociada. A la exploración presentaba hipotensión de 95/60 a 110 lpm, con malestar general, palidez mucocutánea y signo de Murphy positivo. En la analítica presentaba Hb 8,6 mg/dL, 13.700 Leucocitos con neutrofilia, GOT 202, Bilirrubina directa y total de 1,4 y 1,6 mg/dL y PCR de 9 mg/dL, sin alteraciones de la coagulación. Se realizó TC de abdomen con contraste intravenoso urgente, donde se observó una vesícula biliar desestructurada con gran cálculo en su interior, con foco hiperdenso sugerente de sangrado activo, y englobada por una gran colección hiperdensa que se extiende por el retroperitoneo siguiendo el espacio pararenal anterior hasta la pelvis, y por el peritoneo a nivel perihepático, gotiera parietocólica derecha hasta transcavidad de epiplones. Se decidió intervención urgente mediante incisión subcostal derecha. Se observó abundante hemoperitoneo, con plastrón inflamatorio perivesicular y vesícula gangrenosa perforada con sangrado activo a nivel de la arteria cística. Se realizó ligadura de la misma, colecistectomía, lavado y colocación de drenajes. El paciente evolucionó favorablemente siendo dado de alta al sexto día postoperatorio.

Discusión: La colecistitis aguda hemorrágica es una forma de colecistitis infrecuente pero grave. En su etiología se han descrito la litiasis (50% de los casos), anticoagulantes, antiagregantes, coagulopatías y discrasias sanguíneas, traumatismos, neoplasias, corticoterapia, HTP, causas iatrogénicas, parásitos, o incluso mucosa gástrica o pancreática ectópica. La hemorragia puede ser evacuada de forma natural por el conducto cístico produciendo clínica de dolor abdominal, hematemesis u obstrucción de la vía biliar. Cuando no es evacuada, por la presencia de un cálculo en el conducto cístico o en el infundíbulo, produce una distensión progresiva que termina en perforación y hemoperitoneo. La ecografía (signos de colecistitis con hiperecogenicidad en la luz vesicular) y la TC con contraste intravenoso (colecistitis con material hiperdenso y fuga de

contraste) permiten habitualmente el diagnóstico, siendo la resonancia magnética la prueba diagnóstica más sensible. La cirugía urgente por vía abierta o laparoscópica, junto al control hemodinámico, la transfusión de hemoderivados si precisa, y la antibioterapia son los tratamientos de elección.