



# Cirugía Española



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

## P-674 - COLECISTITIS HEMORRÁGICA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE SHOCK HEMORRÁGICO

*Alconchel, Felipe; López, Víctor; Ibáñez, Noelia; Ruiz de Angulo, David; Gómez, Álvaro; Martínez Insfran, Luis Alberto; Robles, Ricardo; Parrilla, Pascual*

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

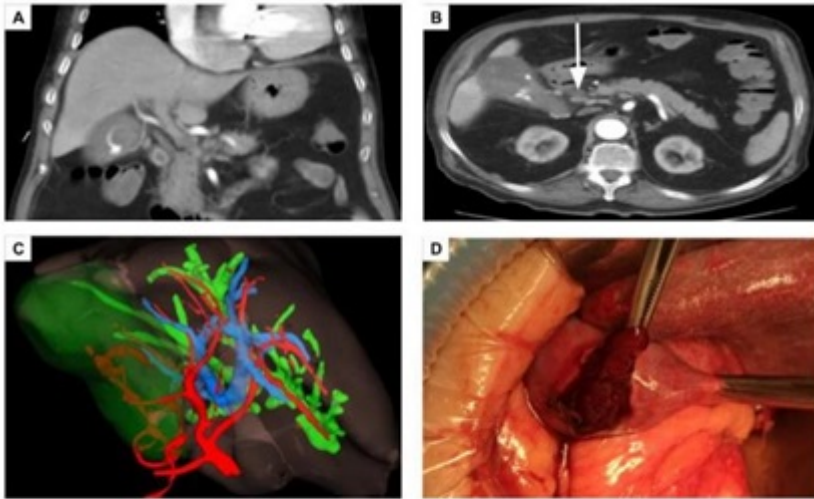
### Resumen

**Introducción:** La colecistitis hemorrágica (CH) alitiásica es una causa rara de dolor abdominal. El trauma penetrante, la anticoagulación, la hemorragia espontánea en pacientes con enfermedad renal crónica o cirrosis, el angiosarcoma y las vasculitis han sido descritas como posibles etiologías de la misma. Presentamos el caso de un cuadro de shock hemorrágico con gran repercusión hemodinámica por una colecistitis hemorrágica que se resolvió tras la colecistectomía.

**Caso clínico:** Varón de 82 años que acudió a urgencias por dolor abdominal, hipotensión arterial (80/60 mmHg) y taquicardia (105 latidos por minuto) asociado a melenas y hematemesis. Como antecedentes presentaba una fibrilación auricular anticoagulada con acenocumarol y un síndrome aórtico agudo por hematoma intramural tipo A con úlcera arteriosclerótica, manejado de forma conservadora un mes y medio antes del presente episodio. En la analítica urgente (tabla) destacaba un INR de 13,24; una actividad de protombina del 5%, una Hemoglobina de 7,4 g/dL y una PCR de 4,73 mg/dL. Se realizó una angioTC (fig.) que evidenció un sangrado activo intravesicular dependiente de la arteria cística, asociado a contenido hemático en la luz vesicular, conducto cístico, colédoco y 1<sup>a</sup>-2<sup>a</sup> porción duodenal. Ante estos hallazgos el paciente fue trasladado a quirófano realizándose una colecistectomía abierta (fig.). Durante el traslado a Reanimación sufrió una parada cardiorrespiratoria recuperada tras maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzadas. Fue dado de alta sin más complicaciones posquirúrgicas al sexto día postoperatorio. El estudio anatomopatológico mostró una vesícula biliar con signos de colecistitis aguda con sectores de ulceración y necrosis de la mucosa, hemorragia, y focos de microabscesificación.

Analítica a su llegada a Urgencias.

Hemoglobina (g/dL)	7,4
Plaquetas ( $\times 10^3/uL$ )	176
INR	13,24
Actividad Protombina (%)	5
Leucocitos ( $\times 10^3/uL$ )	9,33
PCR (mg/dL)	4,73



**Figura 1.** A: Corte sagital de angioTC Urgente al ingreso, mostrando rama de arteria cística vertiendo contraste al interior vesicular. B: Corte sagital de angioTC Urgente mostrando sangrado intravesicular y contraste en vía biliar principal (flecha). C: Reconstrucción 3D con Software Myrian® representando en verde claro las venas suprahepáticas, en azul la vena porta, y en rojo la arteria hepática, la arteria cística y el sangrado en el interior de la vesícula. D: Imagen intraoperatoria mostrando gran coágulo a tensión en el interior de la vesícula biliar.

**Discusión:** La colecistitis hemorrágica es una entidad muy rara con alta mortalidad. La hemorragia está causada por el infarto y erosión de la mucosa secundario a la inflamación transmural de la vesícula biliar. La presentación clínica es inespecífica, aunque el cólico biliar, la hematemesis, la ictericia y las melenas son la forma de aparición más frecuentes. El hallazgo ecográfico típico es el material ecogénico intravesicular similar a una masa, pero en pacientes en shock hemorrágico (como el presente caso) el angioTC urgente es crucial en el diagnóstico. La colecistectomía urgente es el tratamiento de elección.