

de colecistitis aguda. Si no se trata, puede ocurrir la perforación de la vesícula y originarse un abdomen agudo con hemoperitoneo^{2,8,9}. La sangre también puede pasar a la vía biliar y causar un cuadro de ictericia obstructiva⁷⁻⁹ o, finalmente, llegar al tubo digestivo y producir hematemesis y/o melena⁷⁻⁹.

Los hallazgos ecográficos típicos de HC son engrosamiento o irregularidades focales en la pared vesicular, membranas y material ecogénico intraluminal inmóvil que no deja sombra⁹. En ocasiones, las imágenes semejan las observadas en el cáncer de vesícula. En la TC podemos apreciar atenuación alta en el interior de la luz vesicular con un nivel fluido-fluido que corresponde a la sangre. En la fase temprana de la TC con contraste, podemos apreciar extravasación activa, que puede pasar inadvertida en la fase tardía⁹. En la angiografía o en la ecografía Doppler, puede apreciarse la extravasación de sangre al interior vesicular⁹.

La colecistectomía urgente es el tratamiento de elección^{2,8-10}. La colecistostomía percutánea es una alternativa válida en los pacientes no candidatos a cirugía⁸. Las complicaciones postoperatorias más frecuentes son: hemorragia y shock hipovolémico¹⁰.

Como conclusión, con pacientes con tratamiento anticoagulante y/o antiplaquetario que presenten un cuadro de colecistitis aguda, debemos recordar que podemos estar ante un hemocolecisto como efecto adverso de dicho tratamiento. Un correcto diagnóstico radiológico y una cirugía precoz son la actitud terapéutica correcta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mikou MM, Mouaffak Y, Benyacoub A, Mosaddek A, Faroudy M, Ababou A, et al. Hemocholecyst: complication rare du traitement antithrombotique. *Ann Fr Anesth Rean.* 2004;23:733-6.
2. Zangrandi F, Piotto A, Tregnaghi A, Pelizzo MR. Hemocholecyst associated with antithrombotic therapy. *Can J Surg.* 2009;52:297-8.

3. Palareti G, Cosmi B. Bleeding with anticoagulation therapy. Who is at risk, and how best to identify such patients. *Thromb Haemost.* 2009;102:268-78.
4. Torn M, Bollen W, Van der Meer JM, Van der Wall E, Rosendaal FR. Risk of anticoagulant therapy with increasing age. *Arch Intern Med.* 2005;165:1527-32.
5. Johnson S. Known knowns and Known unknowns: risk associated with combination antithrombotic therapy. *Thromb Res.* 2008;123:s7-15.
6. Ku J, Delarosa J, Kang J, Hoyt D, Coimbra R. Acute cholecystitis with a hemocholecyst as an unusual presentation of gallbladder cancer: report of a case. *Surg Today.* 2004;34:973-6.
7. Karatepe O, Tukenmez M, Adas G, Çitlak G, Hunerli K, Battal M, et al. Cholecystitis caused by hemocholecyst: an unusual complication of Hemophilia A. *CEJ Med.* 2007;2:539-42.
8. Morris DS, Porterfield JR, Sawyer MD. Hemorrhagic cholecystitis in an elderly patient taking aspirin and cilostazol. *Case Rep Gastroenterol.* 2008;2:203-7.
9. Pandya R, O'Malley C. Hemorrhagic cholecystitis as a complication of anticoagulant therapy: rol of CT in its diagnosis. *Abdom Imag.* 2008;33:652-3.
10. Lai YC, Tarng DC. Hemorrhagic acalculous cholecystitis. An unusual location of uremic bleeding. *J Chin Med Assoc.* 2009;72:484-7.

José Manuel Ramia Ángel*, Ramón Puga Bermúdez, María Antonia Alonso Conde, José E. Quiñones Sampedro y Jorge García-Parreño Jofré

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jose_ramia@hotmail.com (J.M. Ramia Ángel).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:10.1016/j.ciresp.2010.04.013

Tratamiento del empiema posneumonectomía: adiós a la toracostomía de Clagett

Treatment of post-pneumonectomy empyema: goodbye to Clagett's thoracostomy

El empiema posneumonectomía es una grave complicación, con una incidencia del 5 al 10%¹. Presentamos el caso de una paciente con empiema pleural tratada con la técnica propuesta por Schneider et al² en 2001, que consiste en el

desbridamiento y la limpieza de la cavidad pleural repetidos sin necesidad de realizar toracostomía.

La paciente, de 49 años de edad, con antecedente de tuberculosis multirresistente tratada entre 1997 y 1999, quedó



Figura 1 – En la Rx de tórax posteroanterior, se observan varios niveles hidroaéreos que sugieren la existencia de un empiema posneumectomía.

con lesiones residuales que consistieron en pérdida de volumen y dos lesiones cavernosas en el lóbulo inferior y el superior derecho; posteriormente desarrolló un aspergiloma en el LSD.

La paciente ingresó para la realización de una neumonectomía asociada a epiploplastia por el riesgo elevado de fístula bronquial. La paciente fue dada de alta asintomática. Tres días después presentó una infección de la herida comunicada con la cavidad pleural. En la radiografía de tórax se observaron varios niveles hidroaéreos, motivo por el que se decidió la colocación de un drenaje torácico (fig. 1), comprobándose la salida de material purulento y confirmando el empiema pleural.

Se propuso como tratamiento la técnica recomendada por Scheneiter, que consiste en un desbridamiento radical de la cavidad pleural, relleno con compresas impregnadas de povidona yodada y cierre de la toracotomía. Este tratamiento debe repetirse cada 48 horas hasta que la cavidad pleural este macroscópicamente limpia. En nuestro caso la paciente precisó cuatro intervenciones. En la última intervención, la cavidad se rellena con una solución salina y el o los antibióticos pertinentes según los resultados de los cultivos, que en nuestra paciente resultaron negativos, por lo que utilizamos antibioterapia de amplio espectro.

La paciente no presentó ninguna complicación postoperatoria y fue dada de alta el cuarto día postoperatorio desde la

última reintervención, permaneciendo asintomática los 4 meses de seguimiento (fig. 2).

La resección quirúrgica es el tratamiento recomendado en pacientes con aspergiloma³. El procedimiento de elección es la lobectomía y raramente la neumonectomía. Esta se suele asociar a más morbimortalidad, entre cuyas causas se encuentran la fístula bronquial y el empiema⁴.

Existen varias técnicas de tratamiento del empiema posneumonectomía⁵⁻¹⁰. La más utilizada durante años y con buenos resultados es el procedimiento de Clagett, que consiste en la apertura de una ventana torácica, desbridamientos seriados y cierre final tras semanas o meses de curas repetidas de dicha cavidad.

La técnica utilizada en nuestro caso consiste en una toracotomía, desbridamiento y relleno con compresas impregnadas en povidona yodada y cierre de la toracotomía; la cavidad pleural se revisa cada 48 h. Cuando se confirma que la cavidad se encuentra macroscópicamente libre de infección, se realiza el cierre definitivo tras la instilación de una solución antibiótica que se pauta según los resultados del cultivo del empiema.

Las principales ventajas que se han observado con la utilización de esta técnica es que en la mayoría de los pacientes se puede realizar el tratamiento definitivo del empiema en un periodo que varía entre 8-10 días, presentan menor morbilidad que la asociada a tener una toracostomía

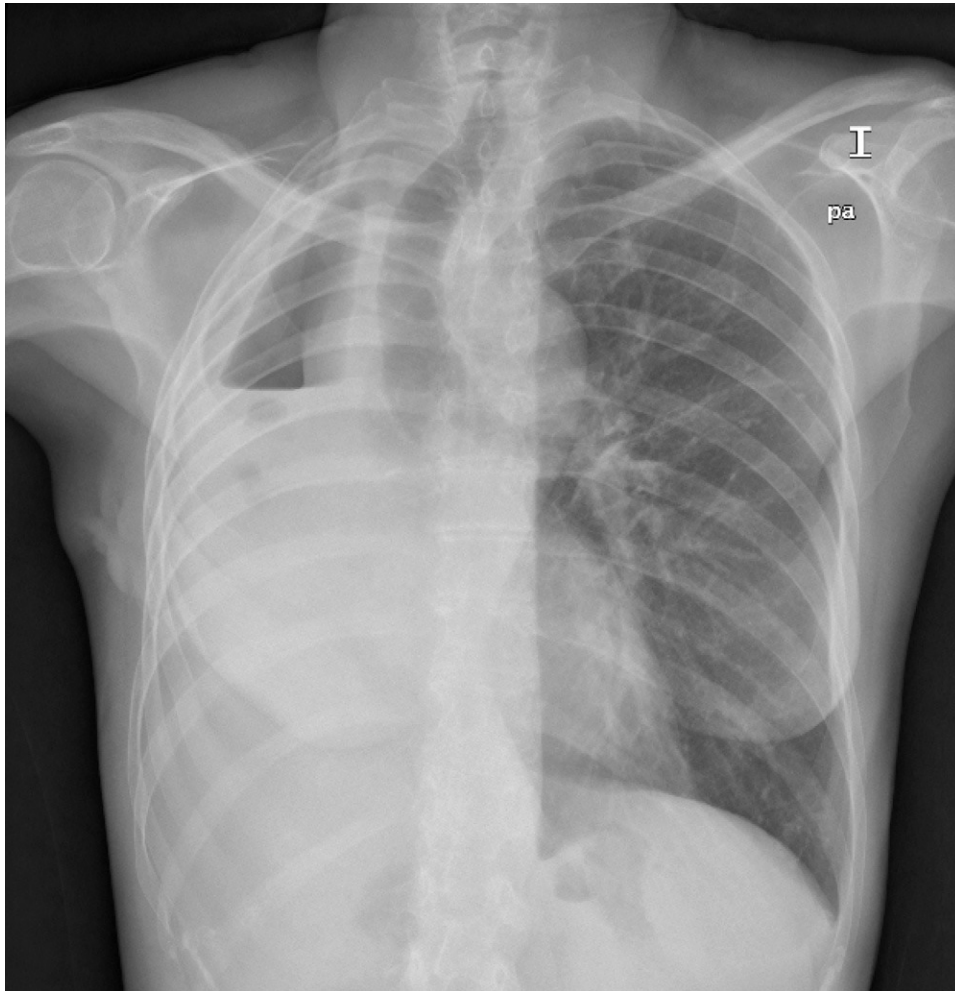


Figura 2 – En la Rx de tórax tras el tratamiento del empiema, podemos observar un único nivel hidroaéreo y desplazamiento del mediastino homolateral, compatible con la normalidad tras neumonectomía.

abierta durante largo tiempo y además esta técnica puede utilizarse como profilaxis en pacientes con alto riesgo de infección, como neumonectomías en infecciones pulmonares crónicas o asociadas con empiema.

BIBLIOGRAFÍA

- Ginsberg RJ, Cooper JD. Open window thoracostomy in the management of postpneumonectomy empyema with or without bronchopleural fistula. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1983;86:818-22.
- Schneider D, Cassina P, Korom S, Incl I, Al-Abdullatif M, Dutly A, et al. Accelerated treatment for early and late postpneumonectomy empyema. *Ann Thorac Surg.* 2001;72:1668-72.
- Massard G, Roeslin N, Wihlm JM, Dumont P, Witz JP, Morand G. Pleuropulmonary aspergilloma: clinical spectrum and results of surgical treatment. *Ann Thorac Surg.* 1992;54:1159-64.
- Regnard JF, Icard P, Nicolosi M, Spaggiari L, Magdeleinat P, Jauffret B, et al. Aspergilloma: a series of 89 surgical cases. *Ann Thorac Surg.* 2000;69:898-903.
- Molnar TF, Hasse J, Jeyasingham K, Rendeki S. Changing dogmas: history of treatment for traumatic hemothorax, pneumothorax and empyema thoracis. *Ann Thorac Surg.* 2004;77:372-8.
- Regnard JF, Alifano M, Puyo P, Fares E, Magdeleinat P, Levasseur P. Open window thoracostomy followed by intrathoracic flap transposition in the treatment of empyema complicating pulmonary resection. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2000;120:270-5.
- Zaheer S, Allen MS, Cassivi SD, Nichols Jr FC, Johnson CH, Deschamps C, et al. Postpneumonectomy empyema: results after the Clagett procedure. *Ann Thorac Surg.* 2006;82:279-86.
- Deslauriers J, Jacques LF, Gregoire J. Role of Eloesser flap and thoracoplasty in the third millennium. *Chest Surg Clin North Am.* 2002;12:605-23.
- Gossot D, Stern JB, Galetta D, Debrosse D, Girard P, Callendro R, et al. Thoracoscopic management of postpneumonectomy empyema. *Ann Thorac Surg.* 2004;78:273-6.
- Massera F, Robustellini M, Pona CD, Rossi G, Rizzi A, Rocco G. Predictors of successful closure of open window thoracostomy for postpneumonectomy empyema. *Ann Thorac Surg.* 2006;82:288-92.

Laura Socci^a, Henar San José Santa Marta^b y
Marcelo F. Jiménez López^{b,*}

^aUnidad de Cirugía Torácica Umberto I, Hospital Regional,
Ancona, Italia

^bServicio de Cirugía Torácica, Hospital Universitario de Salamanca,
Salamanca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mfjl@usal.es (M.F. Jiménez López).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2010 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:[10.1016/j.ciresp.2010.04.015](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2010.04.015)