



Carta científica

Colecistitis hemorrágica perforada[☆]

Perforated hemorrhagic cholecystitis

La colecistitis hemorrágica es una complicación poco frecuente, aguda y grave de la colecistitis aguda con o sin litiasis. La hemorragia, debida a cambios inflamatorios causa ulceración de la mucosa y necrosis, distiende la vesícula biliar y, finalmente, provocan su rotura y hemoperitoneo. El sitio más frecuente de perforación es el fundus de la vesícula biliar debido a la mala irrigación vascular¹.

Presentamos el caso de un varón de 59 años, alérgico a la ampicilina, exfumador y con cirrosis enólica, que acude a urgencias por dolor abdominal de tipo cólico, en hipocondrio derecho, e ictericia de varios días de evolución, con empeoramiento progresivo. En la analítica de urgencias destaca: una bilirrubina total 5,20 mg/dl, glutamato piruvato transaminasa (GPT) 69,00 U/l, glutamato-oxalacetato transaminasa (GOT) 114 U/l, gamma-glutamil-transferasa (GGT) 1.294 U/l y con una actividad de protrombina del 65%. Durante su estancia en urgencias, sufre un cuadro de shock con hipotensión arterial 70/30 mmHg, distensión abdominal con signos de peritonismo que precisó la intervención de la unidad de cuidados intensivos, con una intubación urgente y estabilización hemodinámica con fármacos vasoactivos. Se le realiza TC de abdomen, que es informado como: «Líquido hiperdenso periesplénico y perihepático, con vesícula biliar muy distendida con material hiperdenso en su interior asociado a coledocistias. Compatible con hemocolecisto abierto a peritoneo y con extravasación activa de contraste» (figs. 1 y 2).

Ante los hallazgos de la TC de abdomen y la situación de shock del paciente se decide intervención quirúrgica urgente.

Se realiza laparotomía media exploradora urgente objetivándose hemoperitoneo masivo, con vesícula biliar perforada y sangrado en sabana en su interior, así como un hígado cirrótico macronodular, sin objetivar ningún otro punto de sangrado. Se realizó colecistectomía. El paciente evolucionó favorablemente durante el ingreso, siendo dado de alta al noveno día del postoperatorio, sin incidencias.

La anatomía patológica fue informada como colecistitis hemorrágica.

La colecistitis hemorrágica es una urgencia infrecuente, asociada a una alta mortalidad. La mayoría de las perforaciones de la vesícula biliar ocurren en colecistitis litiasis (3-10%)¹, siendo mucho menos frecuentes en las alitiásicas². Los cambios ateroscleróticos en la pared de la vesícula biliar es el factor predisponente más común³.

La perforación de la vesícula biliar se puede manifestar como un cuadro agudo con la salida de bilis a cavidad peritoneal (tipo I), o cuadro subagudo produciendo un absceso perivesicular (tipo II), o un proceso crónico con la formación de una fístula colecistoentérica o colecistocutánea (tipo III)⁴.

En su etiología están implicados los cálculos biliares (50% de los casos), la anticoagulación⁵, la antiagregación o la coagulopatía, el cáncer de la vesícula biliar, los traumatismos, la hipertensión portal, la corticoterapia, la discrasia sanguínea, la mucosa gástrica o pancreática ectópica y los parásitos⁶.



Figura 1 – TC abdomen: líquido hiperdenso perihepático. Vesicular biliar distendida y extravasación activa de contraste en su interior.

[☆] Aceptado en el 30 Congreso Nacional de Cirugía realizado en Madrid del 10-13 de noviembre de 2014 con el título «Colecistitis hemorrágica como causa poco frecuente de hemoperitoneo masivo».



Figura 2 – TC abdomen: hemocolecisto. Extravasación activa de contraste intravesicular.

Cuando se presenta una hemorragia en la vesícula biliar, esta puede ser evacuada a través del conducto cístico, causando dolor abdominal, obstrucción en la vía biliar, ictericia y/o hematemesis, en presencia de coledocistitis, con un cálculo en el infundíbulo o conducto cístico que impide la salida de la sangre, la vesícula se distenderá provocando su rotura ocasionando hemoperitoneo.

La ecografía y la TC son las principales pruebas diagnósticas utilizadas en las colecistitis hemorrágicas. En la ecografía (con una sensibilidad del 38,4%)⁷ se aprecia la sangre como un material hiperecogénico en la luz y en la TC (con una sensibilidad del 69,2%)⁷ con una mayor intensidad que la bilis y cálculos biliares². Observándose en ocasiones en la TC con contraste, la salida de contraste intravenoso de la luz vesicular⁵. Como principal inconveniente de ambas pruebas es el difícil diagnóstico del defecto de pared de la vesícula biliar, sobre todo sin el uso de contraste. La resonancia magnética tiene mayor sensibilidad a la hora de detectar dicha rotura, así como de distinguir la sangre de líquido ascítico. El mayor inconveniente de esta prueba es su limitada disponibilidad en urgencias.

El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica urgente, ya sea por laparoscopia o laparotomía, en combinación con tratamiento antibiótico⁸.

En resumen, la colecistitis hemorrágica, es una entidad poco frecuente y con una alta morbimortalidad, presentándose como un cuadro de dolor abdominal y shock. Pudiendo ayudarnos en el diagnóstico determinadas pruebas de imagen como una TC con contraste como en nuestro caso, y el tratamiento es la cirugía urgente.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roslyn J, Busuttill RW. Perforation of the gallbladder: A frequently mismanaged condition. *Am J Surg.* 1979;137:307–12.
2. Tavernaraki K, Sykara A, Tavernaraki E, Chondros D, Lolis ED. Massive intraperitoneal bleeding due to hemorrhagic cholecystitis and gallbladder rupture: CT findings. *Abdom Imaging.* 2011;36:565–8.
3. Demir MK, Kilicoğlu G, Akinci O. Case report: Perforated haemorrhagic cholecystitis: MR imaging features. *Clin Radiol.* 2006;61:899–901.
4. Roslyn JJ, Thompson Jr JE, Darvin H, DenBesten L. Risk factors for gallbladder perforation. *Am J Gastroenterol.* 1987;82:636–40.
5. Pandya R, O'Malley C. Hemorrhagic cholecystitis as a complication of anticoagulant therapy: Role of CT in its diagnosis. *Abdom Imaging.* 2008;33:652–3.
6. Morris DS, Porterfield JR, Sawyer MD. Hemorrhagic cholecystitis in an elderly patient taking aspirin and cilostazol. *Case Rep Gastroenterol.* 2008;2:203–7.
7. Kim PN, Lee KS, Kim IY, Bae WK, Lee BH. Gallbladder perforation: Comparison of US findings with CT. *Abdom Imaging.* 1994;19:239–42.
8. Vijendren A, Cattle K, Obichere M. Spontaneous haemorrhagic perforation of gallbladder in acute cholecystitis as a complication of antiplatelet, immunosuppressant and corticosteroid therapy. *BMJ Case Rep.* 2012. 92012.

Pablo Calvo Espino*, María Dolores Chaparro Cabezas, Elena Jiménez Cubedo, José Luis Lucena de la Poza y Víctor Sánchez Turrión

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: pcalvoespino@gmail.com (P. Calvo Espino).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.03.016>
0009-739X/

© 2014 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.