



IMAGEN DEL MES

Colecistitis necrohemorrágica tras terapia renal sustitutiva

Necrohaemorrhagic cholecystitis after renal replacement therapy

Javier Gomez Sanchez*, Carlos Garde Lecumberri, Cristina Gonzalez Puga y Benito Miron Pozo

Hospital Clínico San Cecilio, Granada, España



Presentamos el caso de un varón de 70 años con antecedentes de diabetes mellitus, diverticulitis, portador de endoprótesis de aorta abdominal y enfermedad renal crónica, que consultó en Urgencias por dolor abdominal brusco en hipocondrio derecho tras sesión de hemodiálisis. Negaba fiebre, vómitos u otra clínica por aparatos.

A la exploración presentaba un abdomen blando, depresible, con defensa abdominal en hipocondrio derecho y signo de Murphy positivo. Se complementó el estudio mediante analítica general, que mostró leucocitosis con neutrofilia, elevación de proteína C reactiva y discreta elevación de transaminasas.

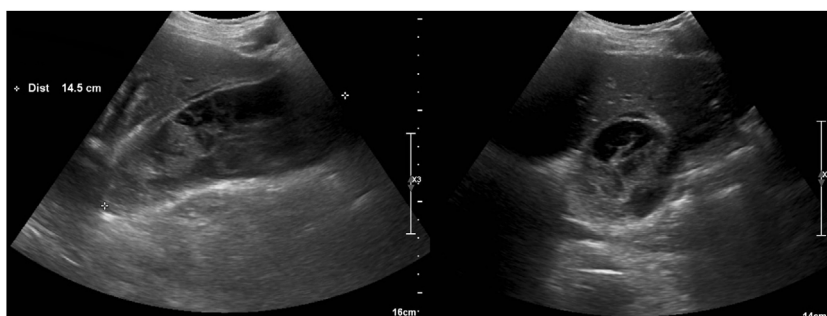


Figura 1 Imagen de ecografía, donde se observa vesícula biliar distendida, de 15 × 6 cm, con abundante contenido heterogéneo intravesicular, sin ninguna imagen clara de coledocistitis y sin dilatación de la vía biliar.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: Javiergomezsanchez.jg@gmail.com (J. Gomez Sanchez).



Figura 2 Aspecto macroscópico de la vesícula biliar durante la cirugía laparoscópica, y pieza extraída, en la que se evidencian unas paredes engrosadas de aspecto necrohemorrágico, en cuya luz había abundantes coágulos que coincidían con el contenido heterogéneo que describía la ecografía.

La ecografía reveló una vesícula biliar distendida, de unos 15×6 cm, con abundante contenido heterogéneo intravesicular sin dilatación de la vía biliar (fig. 1).

Ante la persistencia del dolor a pesar de analgesia y ante la sospecha de colecistitis aguda, se decidió colecistectomía laparoscópica, en la que se halló una vesícula biliar necrohemorrágica, con coágulos intravesiculares (fig. 2).

Los pacientes en hemodiálisis tienen mayor riesgo de sangrado debido a la deficiente agregación plaquetaria secundaria a la uremia y al uso de anticoagulantes y heparinas de bajo peso molecular en terapias de hemodiálisis^{1,2}. Cuando presentan dolor abdominal debemos considerar en el diagnóstico diferencial diversos procesos hemorrágicos poco frecuentes tales como hemobilia o colecistitis necrohemorrágicas³, como ocurre en nuestro caso.

Bibliografía

1. Tarazi M, Tomalieh FT, Sweeney A, Sumner D, Abdulaal Y. Literature review and case series of haemorrhagic cholecystitis. *J Surg Case Rep.* 2019;2019, <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjy360>
2. Herrero-Calvo JA, González-Parra E, Pérez-García R, Tornero-Molina F. Grupo de estudio español sobre anticoagulación en hemodiálisis. *Nefrología.* 2012;32:143–52, <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrología.pre2011.Nov.11106>
3. Masayuki S, Masahiro I, Nozomi K, Kosuke O, Naofumi T, Manabu S, et al. Hemorrhagic cholecystitis in a patient on maintenance dialysis. *Case Rep Gastroenterol.* 2017;11:488–93, <http://dx.doi.org/10.1159/000479497>