



www.elsevier.es/cirugia

P-560 - COLECISTITIS HEMORRÁGICA COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE HEMOPERITONEO MASIVO

P. Calvo Espino, M.D. Chaparro Cabezas, E. Jiménez Cubedo, J. Serrano González, B. Laíz Díez, J. García Schiever, J. Muñoz Rodríguez y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: Presentación de un caso de laparotomía exploradora urgente por hemoperitoneo debido a colecistitis hemorrágica perforada.

Caso clínico: Varón de 30 años, alérgico a la ampicilina, exfumador y con alcoholismo que acude a urgencias por dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho de varios días de evolución, que han ido aumentando de intensidad. En la analítica de urgencias destaca: bilirrubina total 5,20 mg/dl, glutamato piruvato transaminasa (GPT) 69,00 U/L, glutamato-oxalacetato transaminasa (GOT) 114,00 U/L (6,0-40,0), gamma-glutamiltransferasa (GGT) 1.294,00 U/L. Durante su estancia en urgencias el paciente comienza con un cuadro sincopal con hipotensión arterial 70/30 mmHg y distensión abdominal con signos de peritonismo. Se le realiza TC abdomen urgente que informan de: "líquido hiperdenso periesplénico y perihepático, con vesícula biliar muy distendida con material hiperdenso en su interior asociado a colelitiasis. Compatible con hemocolecisto abierto a peritoneo y con extravasación activa de contrate". Dado los hallazgos del TC abdomen y la situación en shock del paciente se decide intervención quirúrgica urgente. Se realiza laparotomía exploradora urgente objetivando hemoperitoneo masivo, con vesícula biliar perforada con sangrado en sabana en su interior, sin ningún otro punto de sangrado, se realiza colecistectomía. El paciente evolucionó favorablemente durante el ingreso, siendo dado de alta al noveno día postoperatorio sin incidencias. La anatomía patológica fue informada como colecistitis hemorrágica.

Discusión: La colecistitis hemorrágica es una complicación poco frecuente, aguda y grave de la colecistitis aguda, debido a que la inflamación causa ulceración de la mucosa y necrosis de la pared. En su etiología pueden estar implicados los cálculos biliares (50% de los casos), la anticoagulación o coagulopatía, el cáncer de la vesícula biliar, los traumatismos, la hipertensión portal como en nuestro paciente o la corticoterapia. La hemorragia puede distender la vesícula biliar y, finalmente, provocar la ruptura con hemoperitoneo libre. El fundus de la vesícula biliar es el sitio más común de perforación debido a la mala irrigación vascular. Se puede manifestar clínicamente como cólico biliar, ictericia, hematemesis y melena, siendo menos frecuente la hemorragia digestiva alta, obstrucción del conducto biliar común, o hemoperitoneo. Las pruebas de imagen más frecuentemente utilizadas para el diagnóstico son la ecografía y el TC, aunque la mejor prueba de diagnóstica es la resonancia magnética. En el caso de una perforación, el tratamiento de elección es la intervención quirúrgica urgente como se llevó a cabo en nuestro paciente.