



V-174 - ROTURA VESICULAR COMO LESIÓN ÚNICA EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO DE MECANISMO DESCONOCIDO

Cano Pecharromán, Esther María; Díez Izquierdo, Julia; Santiago Peña, Juan Carlos; García Sánchez, Felipe; Broekhuizen Benítez, Javier; Esmaili Ramos, Mahur; García Aparicio, Mónica; Balsa Marín, Tomás

Hospital General Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Resumen

Introducción: La vesícula biliar se encuentra en una situación anatómica que la protege. La incidencia de rotura vesicular tras traumatismo abdominal cerrado es baja (1-2%). Son más prevalentes en traumatismos abiertos, asociando en la mayoría de los casos otra lesión concomitante, siendo el bazo e hígado los órganos más comúnmente afectados. Los factores de riesgo asociados son principalmente pared vesicular fina, ingesta previa y toma de alcohol, aunque también se han propuesto el enolismo crónico o cirrosis. Su diagnóstico radiológico se realiza mediante TAC.

Caso clínico: Presentamos el vídeo de un varón de 43 años. Como antecedentes relevantes fumador, EPOC, bebedor, esteatosis hepática, probable encefalopatía de Wernicke, delirium tremens y crisis epilépticas entre otros. Presentó cuatro días previos un episodio de traumatismo durante intoxicación enólica sin recordar el mecanismo. Acude por dolor abdominal y disminución de diuresis. A su llegada normotensio y taquicárdico, con abdomen doloroso a la palpación de forma generalizada, de predominio en hemiabdomen derecho, con defensa abdominal a dicho nivel y en hipogastrio. Mostraba leucocitosis, neutrofilia, elevación de PCR y una Hb 8,4 g/dl (7 puntos de anemización con respecto a la previa 3 días antes). En la TAC se objetivó fractura de 8º arco costal derecho, moderada cantidad de hemoperitoneo de predominio derecho con imagen compatible con coágulo centinela en fosa vesicular con componente endoluminal y disruptión de la pared vesicular, hallazgos altamente sospechosos de rotura vesicular sin datos de sangrado activo. No neumoperitoneo ni otras complicaciones intraabdominales de carácter postraumático. Ante estos datos y empeoramiento clínico se decide intervención quirúrgica urgente mediante laparoscopia exploradora. Se aspiran 2L de contenido hemático intraperitoneal en ambas goteras, coágulos tanto perihepáticos y perivesiculares como periesplénicos. Se observa rotura vesicular con sangrado activo a nivel de arteria cística. Se realiza colecistectomía laparoscópica observando cese de sangrado tras clipaje de arteria cística. Durante la revisión de hemostasia se observan laceraciones superficiales en polo superior del bazo, de dudoso origen traumático, sin poder descartar origen iatrogénico, dejando parche hemostático y dos drenajes tipo taut. Durante las horas de monitorización en UVI precisó transfusión de hematíes por caída de hemoglobina sin datos de sangrado activo. En planta presentó fracaso renal por lo que se demoró el alta, permaneciendo estable y asintomático, con retirada del drenaje previo al alta.

Discusión: Dada la sintomatología inespecífica de la rotura vesicular que en la mayor parte de las ocasiones es dolor abdominal superior con poca repercusión hemodinámica, a veces de clínica larvada, añadido el difícil diagnóstico radiológico, el diagnóstico es tardío en muchas ocasiones, incluso intraoperatorio. El

tratamiento generalizado es la colecistectomía. Hoy en día se realiza en muchos casos mediante laparoscopia, sin embargo muchos autores abogan por la cirugía abierta para la exploración del resto del abdomen, sobre todo si hay afectación hemodinámica. En conclusión, a pesar de la baja incidencia de la rotura vesicular única secundaria a traumatismo abdominal cerrado, tenerla en mente en la práctica clínica en el diagnóstico diferencial es importante dada la asociación de mayor morbilidad y mortalidad con el retraso diagnóstico.