



www.elsevier.es/cirugia

O-136 - ¿CUÁNDO HEMOS DE SOSPECHAR UNA COLECISTITIS HEMORRÁGICA? ¿HA DE TENER UN ABORDAJE DIFERENTE?

Orellana León, María; Rahy Martín, Aida; Santamaría García, Claudia; Lavín Montoro, Lucía; Peralta Fernández-Revuelta, Paola; Falcón Bonilla, Kleber; Yuste García, Pedro; Ferrero Herrero, Eduardo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: La colecistitis hemorrágica es una entidad clínica infrecuente, pero potencialmente grave. La literatura médica es limitada, debido a su baja incidencia y a la dificultad diagnóstica asociada. Clásicamente se ha vinculado con el uso de anticoagulantes, aunque también se han identificado otros factores de riesgo, como traumatismos o inmunosupresores. Su identificación resulta especialmente importante en pacientes con comorbilidades, ya que un manejo inadecuado podría derivar en un rápido deterioro hemodinámico. Los pacientes suelen presentar un cuadro indistinguible de la colecistitis aguda convencional pero, pueden aparecer manifestaciones atípicas como melenas, hematemesis o ictericia.

Métodos: Se ha realizado una revisión de la literatura disponible en la base de datos PubMed, abarcando el periodo comprendido entre enero de 2000 y marzo de 2025. Para la búsqueda se empleó el término MeSH “hemorrhagic cholecystitis”.

Resultados: Se identificaron 66 artículos con las características descritas en los que se describen un total de 71 casos clínicos con diagnóstico de colecistitis hemorrágica. Se analizaron un total de 70 casos. La edad de los pacientes osciló entre los 22 y los 92 años, con una media de 66 años. En cuanto al sexo, se observó un predominio masculino. El índice de comorbilidad de Charlson mostró una media de 3,77 puntos. En cuanto a la presentación clínica, los síntomas fueron similares a los observados en la colecistitis aguda litiásica. Sin embargo, en un subgrupo de pacientes se identificaron manifestaciones atípicas, como ictericia o signos de hemorragia digestiva alta. En relación con los factores predisponentes, se observó un elevado uso de fármacos anticoagulantes o antiagregantes (48,5%). Además, se identificaron otros factores de riesgo relevantes, como las enfermedades hepáticas crónicas, así como el tratamiento con inmunosupresores. En una proporción menor de pacientes se asoció a un traumatismo abdominal (4,3%). En 24 pacientes (34,3%) no se identificaron factores desencadenantes. El diagnóstico preoperatorio se realizó fundamentalmente mediante pruebas de imagen. La TAC fue la prueba más empleada. En el 87,1%, permitió identificar hallazgos sugestivos y, en algunos casos, signos de perforación o hemoperitoneo. La ecografía abdominal se utilizó en 14 casos, especialmente como prueba inicial. Su utilidad puede verse limitada por la dificultad para distinguir entre sangre y contenido ecogénico de otra naturaleza. El abordaje terapéutico varió según la situación y la gravedad. La mayoría de los casos requirieron tratamiento quirúrgico urgente, siendo la colecistectomía abierta el procedimiento más frecuente, realizado en el 42,9%. En el 27,1% se optó por una colecistectomía laparoscópica, en pacientes más estables o sin hallazgos de hemoperitoneo masivo. En pacientes con alto riesgo quirúrgico se recurrió a alternativas menos invasivas. La evolución clínica de los pacientes con colecistitis hemorrágica fue variable y dependió del estado basal, la gravedad del cuadro y el tratamiento

instaurado.

Conclusiones: El diagnóstico de sospecha incluye la colecistitis en un paciente con factores de riesgo y clínica compatible, aunque en muchas ocasiones el diagnóstico es intraoperatorio. Tienen una morbilidad elevada, pero si el tratamiento es precoz, esta disminuye, ya que se ha asociado a la inestabilidad hemodinámica del paciente y su situación basal.