



www.elsevier.es/cirugia

P-417 - COMPLICACIONES INFRECuentes DE COLECISTITIS AGUDAS

García Amador, Cristina; Ramíz Ángel, José Manuel; Arteaga Peralta, Vladimir; de la Plaza Llamas, Roberto; Valenzuela Torres, José; González Aguilar, Jhonny David; López Marcano, Aylín; Medina Velasco, Aníbal

Hospital de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: Raras complicaciones de colecistitis aguda son absceso hepático gigante, trombosis venosa portal (TVP) y hemoperitoneo. Se presentan tres casos de estas con imágenes radiológicas y revisión bibliográfica.

Casos clínicos: Caso 1: varón, 70 años, con dolor en hipocondrio derecho (HCD) de 1 mes, incrementado hace 6h. Afebril, con masa palpable en HCD y signo Murphy (SM) negativo, leucocitos 3.310 /?l, neutrófilos 88,5%, PCR 155,8 mg/L. La ecografía no identifica vesícula biliar (VB), sino una formación septada, líquida, con cálculos. La tomografía computarizada (TC) muestra VB dilatada, colección en cuerpo y fundus, de 11,7 × 13,6 × 12 cm, extendida a segmentos inferiores de lóbulo hepático derecho y engrosamiento parietal colónico. Caso 2: varón, 85 años, con dolor abdominal de 10 días. Afebril, masa palpable en HCD, 11.800 leucocitos/?l, neutrófilos 89%, PCR 188,9 mg/L, bilirrubina directa 1,5 mg/dL, enzimas hepáticas y coagulación normales. La ecografía y TC muestran colecistitis litiásica, trombosis parcial de vena porta con trombosis completa de rama portal izquierda y alteración de la perfusión hepática. Caso 3: varón, 86 años, con warfarina por trombosis venosa profunda, refiere dolor en HCD de 6 días y fiebre. Tiene SM, 20.300 leucocitos/?l, neutrófilos 93,2%, PCR 248,4 mg/L, hemoglobina 11,8 g/dL, INR 2,06 y actividad protombina 34%. En TC aparece colecistitis litiásica con hemoperitoneo y cálculos libres. Resultados: Caso 1. Cirugía urgente mediante incisión subcostal derecha (ISD), con plastrón, colecistitis perforada con litiasis de 6cm, peritonitis purulenta y absceso de 1.000 cc que engloba hígado, VB, colon transverso y duodeno. Se realiza colecistectomía y drenaje. Se pauta piperacilina/tazobactam 4 g/6h. En los cultivos aparece *Streptococcus viridans*. Dado de alta a la semana. La histopatología muestra colecistitis aguda y crónica. Caso 2. Cirugía urgente por ISD, con isquemia parcheada en lóbulo hepático izquierdo, colecistitis con bilis purulenta y líquido libre. Se realiza colecistectomía y se instaura anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y posteriormente con warfarina. Se pauta piperacilina/tazobactam 4 g/6h. En el cultivo de bilis, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Clostridium* y en líquido libre, *Staphylococcus aureus*. Es dado de alta a los 8 días. La histopatología muestra colecistitis aguda litiásica gangrenosa. Actualmente, sin alteración en la función hepática. Caso 3. Cirugía urgente por ISD con hemoperitoneo de 1 litro, VB perforada con coágulos internos y cálculos libres. Se realiza lavado y colecistectomía, se administra piperacilina/tazobactam 4 g/6h. En el cultivo peritoneal aparece *E. coli*. Dado de alta a los 9 días. La histopatología describe colecistitis aguda litiásica perforada.

Discusión: El caso 1 y 3 son urgencias quirúrgicas. El primero, grado 2 de clasificación de Niemeier, suele tener SM negativo dado que las capas peritoneales están separadas por líquido libre. La ecografía es de elección y la TC si hay discrepancia clínica-ecográfica o para decidir abordaje. La mayoría indica

colecistectomía urgente y drenaje. El hemoperitoneo, debido a la erosión de cálculos en arteria cística o por sangrado de la perforación, es controlado con la colecistectomía. En cuanto a TVP, se han descrito 14 casos, incluido este, por colecistitis. Infradiagnosticada a pesar del TC y ecografía-Doppler, su tratamiento incluye anticoagulación, más efectiva cuanto más precoz. Se recomienda asociar colecistectomía.