



P-653 - HEMOCOLECISTO SECUNDARIO A TRAUMATISMO ABDOMINAL POR COZ DE CABALLO

Alcaide Lucena, Miriam; Martínez Domínguez, Ana Patricia; Garde Lecumberri, Carlos; García Fernández, Estefanía; Alonso García, Sandra; Capitán del Río, Inés; López - Cantarero Ballesteros, Manuel

Hospital Universitario San Cecilio, Granada.

Resumen

Introducción: El hemocolecisto define el sangrado producido en el interior de la vesícula biliar. Es un hallazgo poco frecuente y difícil de sospechar, que se asocia a diversas causas. Presentamos el caso de un paciente que sufre un traumatismo abdominal cerrado por coz de caballo observándose en pruebas de imagen hemocolecisto como único hallazgo, sin otras lesiones asociadas intrabdominales.

Caso clínico: Paciente de 38 años de edad sin antecedentes de interés que acude a Urgencias por traumatismo abdominal cerrado por coz de caballo de menos de 5 horas de evolución, estable hemodinámicamente, con clínica de dolor abdominal en hemiabdomen derecho y hematemesis. A la exploración presenta dolor a la palpación en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo. En la analítica destaca hemoglobina 11,9 y transaminasas elevadas, GOT 156 GPT 70. Se solicita ecografía que se completa con TAC que informa de engrosamiento de pared vesicular en relación a hematoma mural y contenido hemorrágico organizado intravesicular, con discreto hematoma subcutáneo en pared abdominal, sin presentar líquido libre intrabdominal, concluyendo como juicio diagnóstico hemocolecisto traumático. Ante la estabilidad clínica del paciente se decide ingreso a cargo de Cirugía General para tratamiento conservador y actitud expectante. Durante el ingreso, el paciente evoluciona de forma favorable, con mejoría clínica, analítica y en prueba de imagen, siendo dado de alta con revisiones en consulta sin observarse eventos a destacar.

Discusión: El térmico hemocolecisto fue introducido por primera vez en 1961 por Fitzpatrick, y desde entonces pocos casos han sido descritos en la literatura. Se ha asociado a diversas etiologías como neoplasias biliares, colecistitis, aneurisma de la arteria cística, hemobilia, coagulopatías, manipulación iatrogénica, isquemia y traumatismos abdominales. Por esta última causa, los casos descritos son aún más escasos, y se deben normalmente a grandes politraumatismos, o traumatismos abiertos. Esta baja frecuencia se debe a la ubicación profunda de la vesícula en el abdomen, estando protegida por el hígado y la parrilla costal, aunque puede haber vesículas de localización más anteroinferior con mayor exposición. Otros factores predisponentes, incluyen una pared vesicular fina, distensión posprandial e ingestión de alcohol. Los hallazgos clínicos característicos incluyen dolor abdominal en hipocondrio derecho, que puede acompañarse de fiebre y leucocitosis, además de síntomas indicativos de hemorragia gastrointestinal debido a la hemobilia. Para su diagnóstico suele ser crucial la realización de pruebas de imagen, visualizando en ecografía material ecogénico en la vesícula, y en la TAC material de alta densidad en una vesícula distendida. El tratamiento puede ir desde la simple observación a la colecistectomía, según la situación hemodinámica del paciente, las lesiones asociadas y su evolución clínica. Los hemocolecistas producidos por un traumatismo o por alteraciones de la coagulación pueden ser tratados de modo conservador siempre que el paciente se encuentre

hemodinámicamente estable, tenga una mejoría clínica y no presente signos de resangrado. Concluimos que nos encontramos ante una rara entidad a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial en los traumatismos abdominales que cursen con dolor abdominal en hipocondrio derecho, sobre todo si se trata de pacientes anticoagulados.