

Oscar Mazza*, Martín de Santibanes, Agustín Cristiano,
Juan Pekolj y Eduardo de Santibañes

Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática,
Departamento de Cirugía General,
Hospital Italiano de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oscar.mazza@hospitalitaliano.org.ar
(O. Mazza).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.10.008>

Tratamiento laparoscópico de un hemocolecisto

Laparoscopic treatment of a hemocholecyst

El hemocolecisto, término introducido en 1961 y que define la hemorragia en la vesícula biliar¹, es una rara patología que se ha asociado a diversos eventos, como neoplasias de la vesícula biliar, colecistitis², aneurisma de la arteria cística, hemobilia, traumatismos, alteraciones en la coagulación incluida la ocurrida en la insuficiencia renal, la cirrosis hepática y con el tratamiento anticoagulante³. Presentamos un nuevo caso de hemocolecisto en un paciente diagnosticado preoperatoriamente y tratado mediante colecistectomía laparoscópica de manera segura y analizamos los distintos aspectos diagnósticos y terapéuticos de interés.

Se trataba de un varón de 39 años, con antecedentes de bebedor de más de 150 g de etanol/día, hipertrigliceridemia, hepatopatía crónica postetílica y portador de prótesis aórtica metálica por insuficiencia aórtica, implantada en diciembre de 2009, anticoagulado desde entonces con acenocumarol. Acude a urgencias por un cuadro de unas 3 h de evolución de «vómitos oscuros y mareo» tras un traumatismo; refiere además «heces oscuras». En la exploración física, el paciente presentaba estabilidad hemodinámica; se observó ictericia leve de piel y mucosas, con dolor abdominal a nivel de hematomas parietales localizados en vacío izquierdo y sensación de masa en el hipocondrio derecho, sin defensa ni peritonismo. En el tacto rectal se observaron heces con restos hemáticos oscuros. El análisis de laboratorio mostraba una leucocitosis de 18.500; con 91,1% de neutrófilos; una Hb de 9,82; plaquetas de 209.000; tasa de protrombina de 65,8%; urea 116; GOT 127; GPT 108; GGT 1.229; FA 786 y BT 2,7. Se realizó una gastroscopia con diagnóstico de esofagitis, cardias incompetente y duodenitis, sin apreciarse signos de sangrado durante la exploración. Una ecografía abdominal donde se apreció una vesícula muy distendida, con contenido sólido heterogéneo a descartar hematoma en el interior de la vesícula (fig. 1A). La tomografía computarizada (TC) mostró circulación colateral y vesícula distendida, con abundante contenido heterogéneo en su interior, en probable relación con sangrado intravesicular, sin dilatación de la vía biliar (fig. 1B). El paciente se somete entonces a laparoscopia, con hallazgo de un hemocolecisto (fig. 2), realizándose una colecistectomía laparoscópica sin complicaciones y siendo alta al séptimo día, con mejoría de los parámetros analíticos. La descripción

anatomopatológica informó de pared de vesícula biliar, cuya mucosa estaba ampliamente ulcerada y con material hemático en su superficie.

Desde que en 1948 Sandblom⁴ publicara los casos de 9 pacientes con hemobilia postraumática, son escasos los manuscritos sobre hemocolecisto descritos en la literatura. En la práctica clínica puede resultar difícil diferenciar el hemocolecisto de la hemobilia; además, el hemocolecisto puede causar hemobilia o viceversa¹. El traumatismo de la vesícula biliar es una rara entidad, particularmente cuando no está asociado a otras lesiones, que supone únicamente el 0,5-0,6% de los traumatismos intraabdominales. Los factores que predisponen a la lesión de la vesícula biliar incluyen una pared vesicular fina, distensión posprandial e ingesta de alcohol⁵. En nuestro paciente fueron varias las posibles causas desencadenantes de su patología: el tratamiento con anticoagulante, cirrosis hepática y un traumatismo previo. El hemocolecisto es una de las causas raras de dolor abdominal y los hallazgos clínicos característicos incluyen dolor abdominal en el hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis además de síntomas indicativos de hemorragia gastrointestinal debido a la hemobilia, como las melenas o la hematemesis tras drenaje sanguíneo de la vesícula al tracto gastrointestinal⁶. Además, raramente puede producir obstrucción de la vía biliar principal, induciendo una colangitis³. El diagnóstico de hemocolecisto puede resultar difícil y su evaluación con pruebas de imagen desempeña un papel crucial. Los hallazgos ecográficos incluyen el engrosamiento de la pared vesicular y material ecogénico intraluminal no móvil⁷, difícil de distinguir ecográficamente de la neoplasia de vesícula biliar o de la colecistitis gangrenosa⁸. Son pocos los estudios que han evaluado el papel de la TC en el diagnóstico del hematoma en la vesícula biliar; la hemorragia en el interior de la vesícula biliar se muestra en la TC como un fluido de alta densidad, pudiendo demostrar extravasación de contraste dentro de su luz en la fase arterial⁹. La imagen con eco-Doppler puede ayudar a distinguir un coágulo de una neoplasia, ya que la presencia de flujo dentro de una masa habitualmente indica neovascularización en un tumor¹⁰. La CPRE puede evidenciar el sangrado a nivel de la ampolla duodenal solo en el 30% de los pacientes¹.

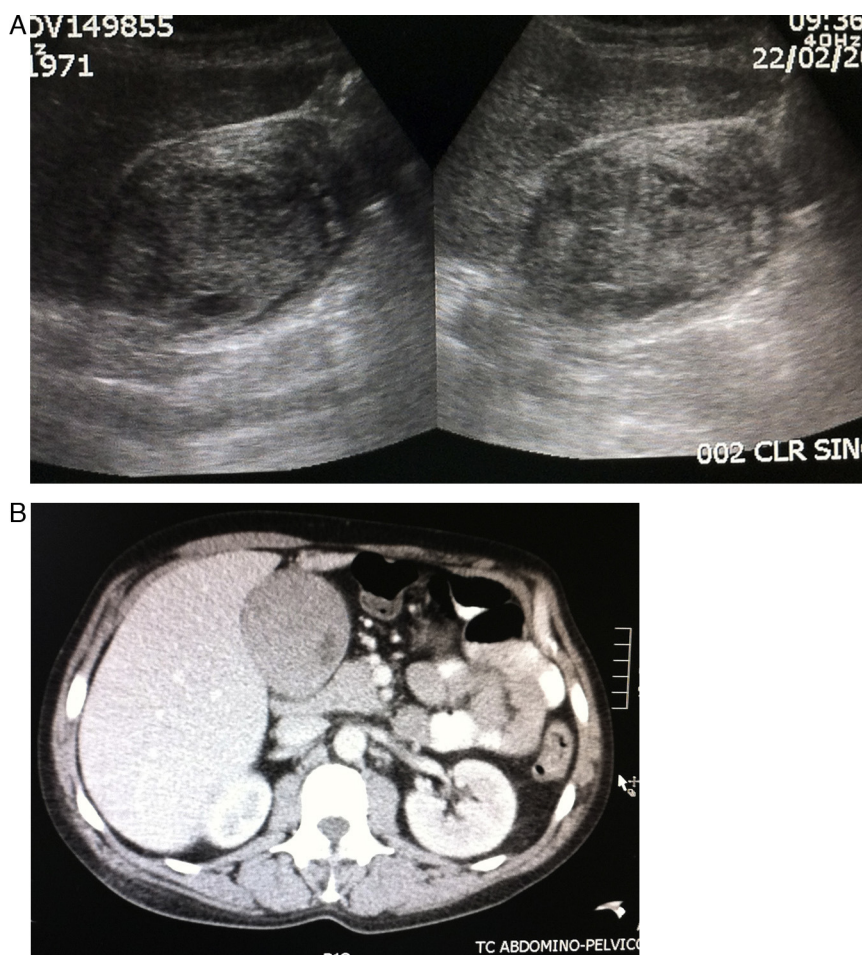


Figura 1 – A) Ecografía abdominal. Vesícula con contenido sólido. B) TC de abdomen que muestra distensión vesicular.

Son varias las opciones terapéuticas del hemocolecisto descritas en la literatura, dependiendo de la severidad del daño, desde la simple observación hasta la colecistectomía⁵. Los hemocolecistos 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 sangrado. Sin embargo, se debería realizar colecistectomía de urgencia en caso de colecistitis gangrenosa asociada, para evitar complicaciones como la perforación. Si la sospecha es la presencia de un tumor, la indicación es el tratamiento quirúrgico³.

Concluimos que el hemocolecisto es una rara patología de la vesícula biliar que se ha de tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor en hipocondrio derecho, sobre todo en pacientes anticoagulados, y que puede resolverse de modo seguro mediante técnicas laparoscópicas en pacientes hemodinámicamente estables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shin KY, Heo J, Kim JY, Lee SJ, Jang SY, Park SY, et al. A case of hemocholecyst associated with hemobilia following radiofrequency ablation therapy for hepatocellular carcinoma. *Korean J Hepatol.* 2011;17: 148-51.
2. Morris DS, Porterfield JR, Sawyer MD. Hemorrhagic cholecystitis in an elderly patient taking aspirin and cilostazol. *Case Rep Gastroenterol.* 2008;2:203-7.

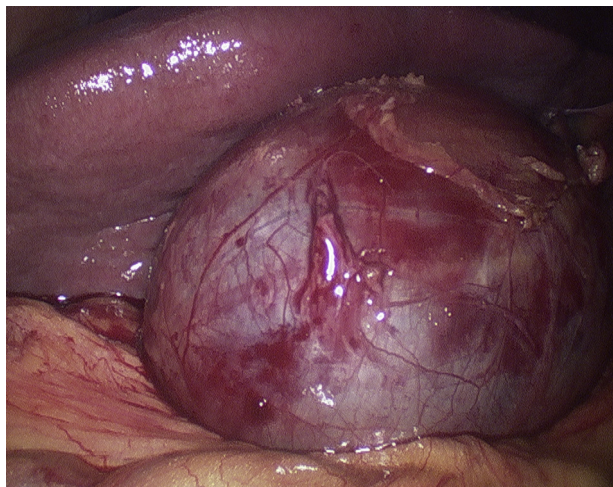


Figura 2 – Hemocolecisto.

3. Jung YM, Son BK, Ahn SB, Kim DH, Kim EK. Intramural gallbladder hematoma mimicking gallbladder neoplasm in a 55-year-old male patient. *J Korean Surg Soc.* 2011;81:216-20.
 4. Sandblom P. Hemorrhage into the biliary tract following trauma; traumatic hemobilia. *Surgery.* 1948;24:571-86.
 5. Shope TR, Bass TL, Haluck RS. Laparoscopic management of traumatic hemorrhagic cholecystitis. *JSL.* 2004;8:93-5.
 6. Parekh J, Corvera CU. Hemorrhagic cholecystitis. *Arch Surg.* 2010;145:202-4.
 7. Pandya R, ÓMalley C. Hemorrhagic cholecystitis as a complication of anticoagulant therapy: role of CT in its diagnosis. *Abdom Imaging.* 2008;33:652-3.
 8. Gore RM, Yaghami V, Newmark GM, Berlin JW, Miller FH. Imaging benign and malignant disease of the gallbladder. *Radiol Clin North Am.* 2002;40:1307-23.
 9. Tavernaraki K, Sykara A, Tavernaraki E, Chondros D, Lolis ED. Massive intraperitoneal bleeding due to hemorrhagic cholecystitis and gallbladder rupture: CT findings. *Abdom imaging.* 2011;36:565-8.
 10. Gremmels JM, Kruskal JB, Parangi S, Kane RA. Hemorrhagic cholecystitis simulating gallbladder carcinoma. *J Ultrasound Med.* 2004;23:993-5.
- Esther Barbon Remis*, Aránzazu Martínez Menéndez, Enrique Alexandre Hurle, Jose Manuel Del Casar Lizcano y M. Cruz Díez Santesteban
- Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Fundación Hospital de Jove, Gijón, España
- * Autor para correspondencia.
Correo electrónico: estherbarbon@gmail.com
(E. Barbon Remis).
- 0009-739X/\$ – see front matter
© 2011 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2012.02.027>

Metástasis a vesícula biliar de un carcinoma de células renales, un sitio extremadamente raro de diseminación neoplásica

Gallbladder metastasis from renal cell carcinoma, an extremely rare neoplastic dissemination location

El carcinoma de células renales (CCR) representa aproximadamente el 3% de todos los cánceres en la población adulta y tiene el potencial de metastatizar a prácticamente cualquier parte del cuerpo¹. Los órganos a los que afecta más frecuentemente son el pulmón, el hueso, el cerebro, las suprarrenales, el riñón contralateral o el hígado². Aproximadamente el 30% de los pacientes tienen una metástasis al momento del diagnóstico y otro 30% la desarrollará después de la nefrectomía³. La vesícula biliar es un lugar muy inusual para este tipo de metástasis.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años con antecedente de nefrectomía derecha hace 6 años por un carcinoma renal de células claras. Se realiza seguimiento radiológico y en última tomografía abdominal se aprecia lesión polipoidea intravesicular hipervascular con lavado, de aproximadamente 2 cm de diámetro, altamente sugestiva de proceso neoplásico por su comportamiento. Además se aprecian lesiones nodulares hipervasculares con lavado en riñón izquierdo de nueva aparición sugestivas de metástasis de carcinoma renal. (fig. 1).

Se decide tratamiento quirúrgico. Durante la intervención se aprecia lesión confinada a infundíbulo vesicular realizándose colecistectomía. En estudio anatomopatológico, macroscópicamente presenta en cara interna del infundíbulo vesicular,

un nódulo sólido, amarillo-verdoso, de 3,5 × 1,8 cm, microscópicamente esta lesión es morfológica e inmunohistoquímicamente compatible con metástasis de carcinoma de células claras. (fig. 2, A: Imagen macroscópica; B: Imagen microscópica de la pieza que confirma el diagnóstico)



Figura 1 – Imagen de tomografía donde se aprecia lesión polipoidea intravesicular hipervascular con lavado, de aproximadamente 2 cm de diámetro, altamente sugestiva de proceso neoplásico.