

Rotura vesicular secundaria a traumatismo abdominal cerrado

José María Abadal • Ignacio Alba de Cáceres • María Jesús Álvarez • Antonio Hernández

Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital «Severo Ochoa». Madrid.

Varón de 45 años de edad que ingresa por urgencias con un traumatismo abdominal cerrado, tras sufrir un accidente de tráfico. Se le realiza una TC abdominal sin y con contraste, visualizándose la vesícula biliar contraída y con contenido intraluminal hiperdenso sugerente de hemobilia. Existe además líquido libre intraperitoneal. No se encontraron otras lesiones abdominales. Con el diagnóstico de rotura vesicular por imagen, se realizó CPRE y colecistectomía que localizaron la rotura y confirmaron el diagnóstico.

Palabras claves: Vesícula. Traumatismo cerrado. Rotura.

Secondary gallbladder rupture to closed abdominal traumatism

A 45-years-old male who enters an emergency room with closed abdominal traumatism, after being involved in a traffic accident. An abdominal CAT is performed with and without contrast media, the gallbladder appearing contracted and containing hyperdense intraluminal material which might suggest haemobilia. There is also free intraperitoneal liquid. No other abdominal injuries were found. Upon diagnosing gallbladder rupture using clinical imaging techniques, endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and cholecystostomy were performed, which located the rupture and confirmed the diagnosis.

Key words: Gallbladder. Blunt trauma. Rupture.

La rotura vesicular es un hallazgo infrecuente, que ocurre en el 2 % de los traumatismos abdominales cerrados^{1,2,4-6}. Su baja incidencia se debe a la buena protección de este órgano dentro del abdomen. Los accidentes de tráfico son la causa más frecuente^{1,4}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 45 años de edad que sufre un traumatismo toracoadominal cerrado, por un accidente de tráfico.

En la TC abdominal de la urgencia se objetivó líquido libre peritoneal, alrededor del hígado, el bazo y en las goteras. La vesícula biliar aparecía contraída y con material intraluminal hiperdenso (fig. 1). En estudios sucesivos de TC, se hizo más evidente la hemobilia (fig. 2), constatándose en la CPRE el punto de rotura vesicular (fig. 3-4).

Al paciente se le realizó una colecistectomía, demostrándose una rotura de 3 cm.

DISCUSIÓN

La rotura de la vesícula biliar, secundaria a traumatismo abdominal cerrado, es un hallazgo infrecuente. Existen diversos factores

que predisponen a la rotura vesicular: Vesícula normal de pared fina, distensión vesicular posprandial, alcoholismo y aumento de la presión en la vía biliar^{1,4}.

El traumatismo de la vesícula biliar se puede clasificar como contusión, perforación, avulsión y colecistitis traumática^{1,2,4}. La contusión o hematoma intramural es el hallazgo más frecuente en la laparoscopia. La perforación o rotura, es la lesión que con más frecuencia detectan los métodos de imagen. La avulsión es la lesión más grave. Puede ser parcial, en la que la vesícula se diseca del lecho hepático o total, en la que también existe sección del conducto y arteria cística. Las fuerzas de aceleración/deceleración producen avulsiones, mientras que las contusiones se suelen producir por golpe directo. La colecistitis traumática se debe a la obstrucción del conducto cístico por coágulos de la hemobilia.

En la mayoría de las roturas vesiculares, se encuentran lesiones abdominales concomitantes. En las distintas series, se encuentran lesiones hepáticas en el 83-91% de las ocasiones y esplénicas/duodenales en el 54%^{1,3,4,6}. Las laceraciones y roturas hepáticas pueden dominar el cuadro y enmascarar la rotura vesicular. En nuestro caso es llamativa la escasa afectación traumática del abdomen superior. No se constataron zonas de contusión o laceración hepatoesplénicas. En la serie de Soderstrom⁶, de 31 pacientes con rotura vesicular, sólo uno (3,2%) no tenía evidencia de otros daños intraabdominales asociados.

El único hallazgo de imagen asociado fue la existencia de líquido libre peritoneal (perihepático, periesplénico y en las goteras). La paracentesis diagnóstica puede orientar al diagnóstico si se detecta bilis en el líquido peritoneal, aunque si no se detecta bilis, tampoco se puede descartar trauma vesicular. En nuestro paciente no se realizó paracentesis, pero en la cirugía fue evidente el gran coleoperitoneo.

Los distintos hallazgos de la TC en la lesión traumática vesicular se exponen en la tabla 1.

Abadal JM, Alba I, Álvarez MJ, et al. Rotura vesicular secundaria a traumatismo abdominal cerrado. Radiología 2002;44(6):265-267.

Correspondencia:

JOSE MARÍA ABADAL. Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital «Severo Ochoa». Avda. de Orellana, s/n. 28911 Leganés (Madrid). E-mail: jmabadal@yahoo.es

Recibido: 8-IV-2002.

Aceptado: 19-VII-2002.

Fig. 1.—TC abdominal sin contraste oral ni i.v. Se visualiza una vesícula biliar escasamente distendida con contenido intraluminal hiperdenso sugestivo de hemobilia. Existe líquido libre perihepático y periesplénico.

Fig. 2.—TC abdominal de control dos días después con contraste oral e i.v. La vesícula aparece distendida, con nivel líquido-líquido en su interior. Se visualiza además una colección-hematoma perivesicular en la cara lateral visceral. Persiste líquido libre intraperitoneal en las mismas localizaciones.

Fig. 3.—CPRE: Tras la introducción de contraste a través de la papila se opacifican retrógradamente colédoco, cístico, vesícula biliar, hepático común y ramas biliares intrahepáticas.

Fig. 4.—CPRE: Al aumentar la cantidad de contraste se demuestra fuga con salida al peritoneo; nótese la morfología triangular con que se dispone el contraste en esta imagen, entre el cuello vesicular y el cístico.

TABLA 1

Líquido perivesicular.
Mala definición de la pared vesicular.
Engrosamiento de la pared vesicular.
Efecto de masa en el duodeno.
Contenido intraluminal hiperdenso (hemobilia).
Vesícula contraída en pacientes en ayunas.

La mayor parte de los signos radiológicos son inespecíficos. En nuestro paciente el signo que nos alertó fue el contenido hiperdenso intraluminal (hemobilia). En la primera TC no era posible evaluar la pared vesicular, debido a que la vesícula se

encontraba contraída, siendo difícil determinar si la causa era el ayuno o la perforación. En el siguiente control, el aumento de líquido libre y la colección perivesicular acrecentaron la sospecha inicial de rotura vesicular. La CPRE determinó el punto de rotura y fuga de contraste al peritoneo. Debido a la mala evolución del paciente, se realizó una colecistectomía, confirmándose la vesícula con necrosis y con rotura de tres centímetros en la cara lateral interna. También se objetivó coleperitoneo.

El tratamiento de la mayoría de las roturas vesiculares suele ser quirúrgico realizando colecistectomía^{1,4,7}. En líneas generales no se recomienda la sutura simple de la perforación por la probabilidad de fuga biliar.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chen X, Talner L, Jurkovich G. Gallbladder avulsion due to blunt trauma. *AJR* 2001;177:802.
2. Erb RE, Mirvis SE, et al. Gallbladder injury secondary to blunt trauma: CT findings. *J Comput Assist Tomogr* 1994;18:778-84.
3. Kambayasi M, Yong W, Watanabe K, Alam S. Hemobilia due to gallbladder contusion following blunt trauma. Sonography and CT scanning for early detection. *Journal of trauma* 1993;34:440-2.
4. Sharma. Blunt gallbladder injuries: twenty two cases with review of literature. *Journal of trauma* 1993;39:576-80.
5. Penn I. Injuries of the gallbladder. *Br J Surg* 1962;49:636.
6. Soderstrom CA, Maeka K, DuPriest RW. Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma. *Ann Surg* 1981;193:60-6.
7. Hogue RJ, Munnell ER: Traumatic rupture of the gallbladder. *Am Surg* 1963;29:155.
8. Kauzlaric D, Barneir E. Sonography of intra-luminal gallbladder hematoma. *J Clin. Ultrasound* 1985;13:291.