

Caso
Autores

(713) Colecistitis hemorrágica
Maximiliano Suazo Aravena, Marina Lozano Ros, Irene
García Tuells, Gloria Pérez Hernández, Ignacio Herves
Escobedo, Begoña Márquez Argente Del Castillo, Joel Trejo
Falcon

Centro

Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 80 años sin antecedentes de interés con febrícula, dispepsia, dolor abdominal difuso y vómitos de 10 días de evolución, que comienza con un dolor brusco en hipocondrio derecho y palidez mucocutánea, por lo que consulta en Urgencias. A su llegada, muestra hipotensión, taquicardia y febrícula y, en la exploración física, un dolor abdominal difuso y signos de irritación peritoneal. En el estudio analítico, destaca una leucocitosis de 21.000/mm³ con desviación a la izquierda y un fallo renal agudo. Inicialmente se realiza una ecografía abdominal, en la que se observa contenido hemático en la vesícula biliar y líquido libre hiperecoico sugestivo de hemoperitoneo. Se completa el estudio con una TC abdomino-pélvica simple y con contraste i.v. en fase arterial y portal, identificándose una vesícula desestructurada y con soluciones de continuidad parietales sugestiva de colecistitis gangrenosa perforada, con niveles líquido-líquido y jets arteriales en su interior sugestivos de sangrado activo. Asociaba hemoperitoneo perihepático y en gotiera paracólica derecha como signos de extravasación hemática extravesicular. Se lleva a cabo una colecistectomía abierta urgente que confirma el diagnóstico, con adecuada evolución posterior

DISCUSIÓN

La colecistitis hemorrágica es una complicación rara y con alta mortalidad de una colecistitis aguda habitualmente alitiásica. Se define como la presencia de hemorragia dentro de la vesícula biliar secundaria a infarto y erosión de la mucosa, debido a una inflamación transmural de la pared vesicular. En el mismo contexto puede producirse perforación de la pared, siendo el sitio más frecuente el fundus por su mala irrigación vascular.

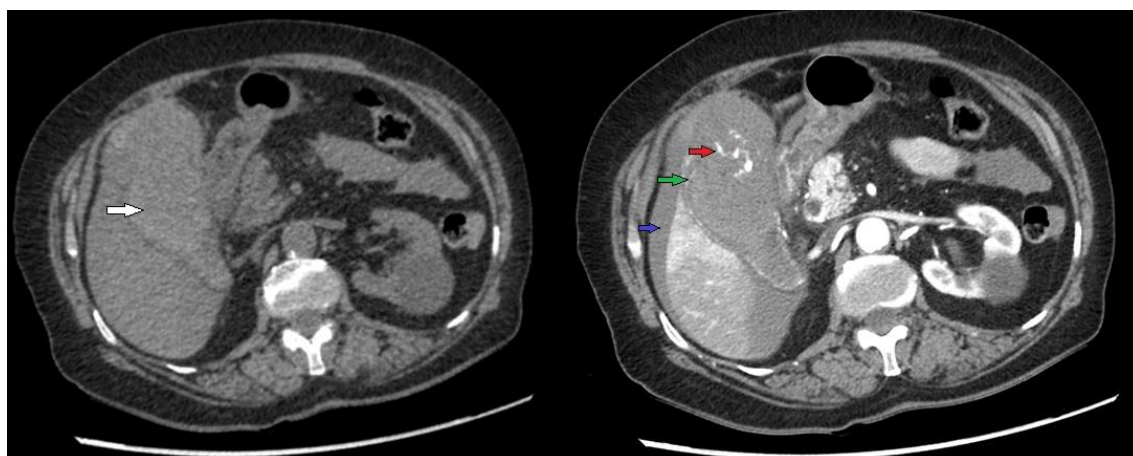
La presentación clínica es muy inespecífica, siendo los signos y síntomas más habituales el dolor en hipocondrio derecho, hematemesis, melenas o ictericia, asociados a fiebre, leucocitosis, signos de irritación peritoneal y shock hipovolémico.

El estudio inicial se realiza con ecografía, aunque muestra una sensibilidad baja para su diagnóstico, observándose un contenido hiperecogénico (coágulo) asociado a cambios inflamatorios en la vesícula biliar, con posible hemoperitoneo asociado. La TC con contraste i.v. en fase arterial es el estudio de elección por su mayor sensibilidad para detectar potenciales alteraciones vasculares, signos de sangrado activo o defectos de la pared vesicular. Se visualizará contenido hiperdenso (hemático) intravesicular y hemoperitoneo, si hay extravasación extravesicular.

El tratamiento de elección es la colecistectomía urgente, ya sea mediante laparotomía o laparoscopia, en combinación con tratamiento antibiótico

CONCLUSIÓN

La colecistitis hemorrágica perforada es una entidad poco frecuente y con una alta mortalidad, que se presenta como un cuadro de colecistitis aguda asociado a signos de irritación peritoneal, shock hipovolémico y que requiere de tratamiento quirúrgico urgente, siendo la prueba de elección la TC con contraste intravenoso



Imágenes axiales de TC de abdomen simple (izquierda) y con contraste i.v. en fase arterial (derecha). Vesícula biliar con abundante contenido hiperdenso (flecha blanca), correspondiente a un hematoma vesicular. Tras la administración de contraste, se evidencia la interrupción de la pared vesicular (flecha verde), hemoperitoneo perihepático (flecha azul) y extravasación de contraste yodado a modo de jets (flecha roja), todo ello en relación con colecistitis hemorrágica perforada con signos de sangrado activo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bennett GL, Balthazar EJ. Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. Radiol Clin North Am 2003;41(6):1203-1216. doi: 10.1016/s0033-8389(03)00097-6
2. Pandya R, O'Malley C. Hemorrhagic cholecystitis as a complication of anticoagulant therapy: role of CT in its diagnosis. Abdom Imaging 2008;33(6):652-653. doi: 10.1007/s00261-007-9358-2
3. Parekh J, Corvera CU. Hemorrhagic cholecystitis. Arch Surg 2010;145(2):202-204. doi: 10.1001/archsurg.2009.265