

Hemoperitoneo secundario a hemocolecisto por colecistitis aguda

Hemoperitoneum secondary to haemocholecyst due to acute cholecystitis

Elena Sagarra-Cebolla*, Sergio P. Olivares-Pizarro, Raquel Ríos-Blanco,

Eduardo de San-Pío-Carvalaj e Ignacio Rodríguez-Prieto

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Infanta Cristina, Parla, Madrid, España

Resumen

El hemocolecisto es una patología poco frecuente y con un índice bajo de sospecha, que todavía es menor si el paciente no presenta factores de riesgo. Asimismo, su curso con clínica de hemoperitoneo sin perforación vesicular es igualmente infrecuente. Presentamos un caso poco habitual en el cual el diagnóstico de la paciente se llevó a cabo intraoperatoriamente. Consideramos que comunicar estos casos poco habituales en la práctica clínica colabora a aumentar la sospecha clínica y el diagnóstico precoz.

Palabras clave: Colecistitis aguda. Hemocolecisto. Hemoperitoneo.

Abstract

The haemocholecyst is a rare disease with a low index of suspicion, which is even lower if the patient does not present risk factors. Likewise, the course of this pathology with a haemoperitoneum without vesicular perforation is equally infrequent. We present an unusual case in which the diagnosis of the patient was carried out intraoperatively. We consider that communicating these unusual cases in clinical practice helps to increase clinical suspicion and prompt diagnosis.

Key words: Acute cholecystitis. Haemocholecyst. Haemoperitoneum.

Introducción

El hemocolecisto es un término introducido en 1961 por Fitzpatrick^{1,2}, el cual define la hemorragia de la vesícula biliar. Es una patología poco frecuente³ que puede cursar con una gran variabilidad clínica, siendo difícil diferenciarla de la hemobilia³.

Caso clínico

Mujer de 54 años, con antecedentes personales de hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, diabetes insípida central e insuficiencia suprarrenal secundaria a resección de microadenoma hipofisario funcionante. La paciente acudió al servicio de urgencias

Correspondencia:

*Elena Sagarra-Cebolla

Avda. 9 de Junio, 2

C.P.: 28981, Parla (Madrid), España

E-mail: elena.sagarra@salud.madrid.org

0009-7411/© 2020 Academia Mexicana de Cirugía. Publicado por Permanyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Fecha de recepción: 16-12-2019

Fecha de aceptación: 21-08-2020

DOI: 10.24875/CIRU.19001757

Cir Cir. 2020;89(1):101-103

Contents available at PubMed

www.cirugiaycirujanos.com

de nuestro centro por dolor epigástrico de 3 días de evolución asociado a febrícula sin otra clínica acompañante. En la analítica de sangre destacaba leucocitosis con elevación de los reactantes de fase aguda, sin alteración del perfil hepático, con una hemoglobina de 13.5. Se realizó ecografía abdominal que evidenció una marcada distensión de la vesícula biliar, cuya luz estaba ocupada completamente por material hiperecogénico y una imagen con sombra acústica posterior compatible con colelitiasis. El espesor máximo de la pared era de 3-4 mm. El Murphy ecográfico era negativo. Se objetivó una mínima lengüeta de líquido perivesicular adyacente al *fundus*. La paciente inició tratamiento antibiótico empírico con amoxicilina-ácido clavulánico y presentó una buena evolución analítica en las primeras horas; sin embargo, ante el empeoramiento y la generalización del dolor abdominal con irritación peritoneal, se decidió tratamiento quirúrgico urgente a las 28 horas de su ingreso en el servicio de urgencias. Se realizó abordaje laparoscópico. El hallazgo intraoperatorio fue un hemoperitoneo de los cuatro cuadrantes, de unos 500 ml hemáticos. La vesícula presentaba engrosamiento de la pared y un voluminoso cálculo en su interior, sin perforación (Fig. 1). Al vaciarla percutáneamente para facilitar su manipulación se obtuvo hemobilia. La colecistectomía se completó laparoscópicamente sin incidencias.

La evolución posoperatoria fue favorable y se mantuvo la antibioticoterapia empírica intravenosa durante el ingreso. Fue dada de alta al tercer día de posoperatorio sin evidenciar anemización, manteniendo la cifra de hemoglobina en 13.1, y sin otras alteraciones analíticas. Completó el ciclo de 5 días de amoxicilina-ácido clavulánico.

En el informe anatopatológico, el interior de la vesícula presentaba una litiasis y abundante material hemático que ocupaba completamente la luz, evidenciando en el estudio microscópico la ausencia de revestimiento epitelial de la mucosa.

Discusión

El hemocolecto es una patología que se ha asociado con distintas etiologías, pudiendo ser secundaria a colecistitis, neoplasia de la vesícula biliar, aneurisma de la arteria cística, postraumática, isquémica, infeciosa por parasitosis y por alteraciones de la coagulación, incluyendo aquellas discrasias debidas a enfermedad renal, cirrosis hepática o por tratamientos anticoagulantes y antiagregantes²⁻⁴. El sangrado de la vesícula biliar por colecistitis es poco habitual debido

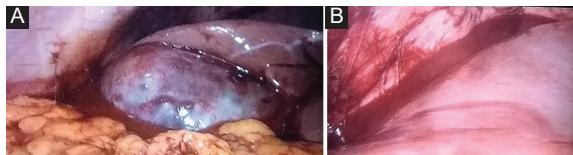


Figura 1. A: vesícula biliar a tensión con engrosamiento de la pared secundaria a la colecistitis y hemoperitoneo en el espacio de Morrison. B: hemoperitoneo en el espacio subdiafragmático derecho.

a que la inflamación causa, principalmente, trombosis vascular. Sin embargo, también puede causar daño a la adventicia de los vasos, debilitando su pared y generando el sangrado^{4,5}. Asimismo, el sangrado secundario a la colecistitis puede ser producido por ulceración y necrosis de la mucosa o por afectación del lecho hepático al producirse la perforación de la vesícula⁵.

Se han descrito distintas presentaciones del hemocolecto³. El sangrado puede producir coágulos intravesiculares que condicionan distensión vesicular y una clínica típica de colecistitis aguda^{1,2,4,5}. Si esta evoluciona, se puede producir necrosis de la pared con perforación vesicular, dando origen a un abdomen agudo secundario al hemoperitoneo^{1,2,5}. El hemoperitoneo también puede ser secundario a la erosión de la arteria cística o de una de sus ramas^{4,5}. La sangre intravesicular también puede progresar hacia la vía biliar y obstruirla, favoreciendo el desarrollo de colangitis o, si llega hasta el tracto digestivo, dando clínica de hemorragia digestiva alta^{1,2,3,5}. En la tabla 1 se comparan nuestros hallazgos con los descritos en la literatura.

El diagnóstico es difícil y generalmente se realiza de manera intraoperatoria¹. Los hallazgos ecográficos incluyen un engrosamiento o irregularidades focales de la pared de la vesícula biliar y la existencia de material ecogénico intraluminal sin sombra acústica posterior²⁻⁵. En la tomografía computarizada se observa líquido de alta densidad en la luz de la vesícula, pudiendo demostrarse la extravasación del contraste en la fase arterial precoz en caso de sangrado activo significativo. Esta extravasación puede pasar desapercibida en la fase tardía^{2,3,5}. Cuando existe hemoperitoneo asociado se evidencia líquido hiperdenso alrededor de la vesícula, que puede estar acompañado de un defecto en la pared de esta e incluso de salida de litiasis a la cavidad abdominal si hay perforación de la pared vesicular⁵. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica puede evidenciar el sangrado a través de la ampolla duodenal, aunque este solo aparece en el 30% de los casos³.

Tabla 1. Cuadro comparativo de nuestra paciente y los casos clínicos revisados

Factores de riesgo	Motivo de consulta	Pruebas complementarias	Abordaje
Sin factores de riesgo para sangrado ni enfermedad hepática conocida	Dolor en hipocondrio derecho	Analíticos: hemoglobina 13.5, leucocitosis Ecografía: colecistitis con ocupación de la luz vesicular	Laparoscópico
Clopidogrel y acenocumarol	Dolor en hipocondrio derecho	Analíticos: hemoglobina 10.8, leucocitosis, alteración perfil hepatobiliar Ecografía: distensión de la vesícula con ocupación	Abierto
Cirrosis hepática de origen enólico, acenocumarol	Hemorragia digestiva alta	Analíticos: hemoglobina 9.8, leucocitosis, alteración perfil hepatobiliar Tomografía: distensión de la vesícula con ocupación	Laparoscópico
Ácido acetilsalicílico, heparina de bajo peso molecular a dosis profiláctica	Hemorragia digestiva baja	Analíticos: hemoglobina 8, leucocitosis, alteración perfil hepatobiliar Tomografía: colecistitis con material de densidad sangre en el interior de la vesícula y dilatación de la vía biliar	Laparoscópico reconvertido a abierto
Cirrosis hepática secundaria a cirrosis esclerosante primaria en paciente con colitis ulcerosa	Dolor en hipocondrio derecho	Analíticos: hemoglobina 13.6, leucocitosis, alteración perfil hepatobiliar Tomografía: hematoma en el lecho vesicular con compresión de la vesícula y sangrado activo	Abierto

El tratamiento de esta patología depende de su etiología³. Cuando el origen es traumático o secundario a una disrasia sanguínea se puede tratar de manera conservadora siempre que el paciente se encuentre hemodinámicamente estable, presente mejoría clínica y no se evidencien signos de sangrado activo³. La colecistectomía urgente está indicada en el caso de que la etiología sea una colecistitis aguda³ o si existe inestabilidad hemodinámica^{1,2}. Si se sospecha una neoplasia está indicada la colecistectomía electiva³. La colecistostomía percutánea es una alternativa válida en pacientes no candidatos a tratamiento quirúrgico para evitar la perforación de la vesícula secundaria a su distensión por la sangre². Las complicaciones posoperatorias más habituales son la hemorragia y el shock hipovolémico².

Agradecimientos

Los autores agradecen al personal de los servicios de urgencias y quirófano de guardia del Hospital General Universitario Infanta Cristina de Parla.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se

conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe ningún conflicto de intereses en la realización de este trabajo.

Bibliografía

- Polse S, Stoney RJ, Baldwin JN. Hemorrhage from the gallbladder. A report of three cases. Calif Med. 1967;107:51-3.
- Ángel JM, Bermúdez RP, Conde MA, Sampredo JE, Jofré JG. Hemo-cholecyst as a complication of anticoagulant and anti-platelet treatment. Cir Esp. 2011;89:327-9.
- Barbon Remis E, Martínez Menéndez A, Alexandre Hurle E, Del Casar Lizcano JM, Díez Santesteban MC. Laparoscopic treatment of a hemo-cholecyst. Cir Esp. 2014;92:293-5.
- Hicks N. Haemorrhagic cholecystitis: an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding. BMJ Case Rep. 2014;2014:bcr2013202437.
- Aljifry MM, Almulhim AN, Jamal MH, Hassanain MM. Acute cholecystitis presenting with massive intra-abdominal haemorrhage. J Surg Case Rep. 2014;2014:rju019.