

Colecistitis hemorrágica: reporte de caso y revisión de la literatura

Martín Adrián Bolívar-Rodríguez¹, Marcel Antonio Cázarez-Aguilar¹,
Rodolfo Fierro-López¹ y Cristian Morales-Ramírez¹

¹Universidad Autónoma de Sinaloa. Sinaloa, México.

Recibido el 1 de febrero de 2018 y aceptado para publicación el 3 de marzo de 2018.

Correspondencia a:

Dr. Martín A. Bolívar-Rodríguez
bolivarmartin64@hotmail.com

Hemorrhagic cholecystitis: case report and literature review

Introduction: Hemorrhagic cholecystitis is a rare complication of acute cholecystitis with a high mortality. **Materials and Method:** Patient with abdominal pain in right hypochondrium and jaundice. Laboratory analyses and hepatobiliary ultrasound suggested acute cholecystitis, however, general worsening during hospital stay was observed and a computed tomography was performed, revealing hemorrhagic cholecystitis and hemoperitoneum. **Results:** Urgent laparotomy which confirmed tomographic results, successfully solved with cholecystectomy. **Discussion:** Hemorrhagic cholecystitis diagnosis is difficult as symptoms at the beginning do not differ from acute cholecystitis, then, clinical suspicion and a correct image analysis is crucial for its detection. **Conclusion:** Although, perforated hemorrhagic cholecystitis with hemoperitoneum is a very rare entity with confused diagnosis, an abdominal computed tomography with intravenous contrast is very important in any patient with severe acute cholecystitis suspicion.

Key words: cholecystitis; hemorrhage; gallbladder perforation; hemoperitoneum; cholecystectomy.

Resumen

Introducción: La colecistitis hemorrágica es una complicación poco frecuente de la colecistitis aguda con una alta mortalidad. **Materiales y Método:** Paciente con dolor abdominal en hipocondrio derecho e ictericia. Los exámenes de laboratorio y ultrasonido hepatobiliar mostraron datos sugestivos de colecistitis aguda; durante su estancia hospitalaria presenta deterioro de su estado general, realizándose tomografía computarizada mostrando imágenes sugestivas de colecistitis hemorrágica y hemoperitoneo. **Resultados:** Laparotomía de urgencia, corroborando los hallazgos tomográficos y resolviéndose satisfactoriamente con la colecistectomía. **Discusión:** El diagnóstico de colecistitis hemorrágica es difícil ya que sus manifestaciones clínicas de inicio no difieren de la colecistitis aguda, por lo que la sospecha clínica y el adecuado estudio de imagen son importantes para su detección. **Conclusión:** A pesar que la colecistitis hemorrágica con perforación y hemoperitoneo es una patología muy poco común, de diagnóstico confuso, es importante establecer la realización de una tomografía computarizada abdominal con contraste endovenoso en pacientes con sospecha de colecistitis aguda grave.

Palabras clave: colecistitis; hemorragia; perforación vesicular; hemoperitoneo; colecistectomía.

Introducción

La colecistitis hemorrágica es una complicación rara de la colecistitis aguda, se define como la hemorragia en el interior de la vesícula biliar causada por infarto y erosión de la mucosa debido a la inflamación transmural de la pared vesicular¹.

La incidencia de colecistitis aguda grave es del 6%², de éste, solo el 8%-12% desarrollan colecistitis hemorrágica³, mientras que la colecistitis hemorrágica con perforación de la vesícula biliar y hemorragia

masiva es aún menos frecuente, con una incidencia de 2%-11%⁴, encontrándose menos de 20 casos reportados en la literatura⁴.

Los síntomas son muy similares a los provocados por una colecistitis aguda litiasica. En ambas entidades podemos encontrar: dolor en cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis. En algunos casos se puede agregar hemobilia, melena y/o hematemesis⁵. La perforación de la vesícula biliar con hemorragia tiene una mortalidad por arriba del 70%⁶.

El ultrasonido abdominal es el primer método

diagnóstico en pacientes con dolor en hipocondrio derecho, sin embargo, en el caso de colecistitis hemorrágica no hay ningún signo absolutamente patognomónico resultando muy engañoso^{5,6}, por lo que la tomografía computarizada (TC) abdominal con contraste endovenoso juega un papel crucial en el diagnóstico rápido y preciso ya que puede mostrar el sitio de la perforación de la vesícula biliar y el hemoperitoneo, con una tasa de detección del 69,2%⁷.

Presentación del caso

Paciente masculino de 53 años de edad, con antecedentes familiares por línea materna de hipertensión arterial sistémica y diabetes mellitus II, alcoholismo de 39 años de evolución consistente en ingesta diaria de alcohol hasta la embriaguez; acude a urgencias por presentar dolor abdominal intenso de 24 h de evolución, de inicio súbito, de localización en epigastrio, irradiado a hipocondrio derecho y flanco ipsilateral de tipo cólico, náuseas y vómitos en 3 ocasiones, de características alimentarias, así como notando ictericia conjuntival, niega fiebre y refiere evacuaciones de características normales.

Exploración física, signos vitales TA 103/60 mmHg, FC 80 x minuto, FR 22 x minuto, temperatura 36,5°C, mucosas orales regular hidratación,

tinte icterico de piel y tegumentos, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, campos pulmonares con discreta hipoventilación basal derecha sin agregados, abdomen globoso por pániculo adiposo, peristalsis presente disminuida en cuadrante superior derecho, percusión timpánica más acentuada en marco cólico y matidez hepática, a la palpación blando y depresible. Presenta dolor a la palpación media y profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, con tumoración palpable de 4 x 4 x 4 cm aproximadamente por debajo del reborde costal, dolorosa, de bordes mal delimitados, no móvil, signo de Murphy positivo, sin datos de irritación peritoneal. Los exámenes de laboratorio de ingreso muestran: Hb 11,5 g/dL, Hto 33,3%, eritrocitos 3,9 mill/mm³, leucocitos 13.420/mm³ con 89% de neutrófilos sin bandemia, plaquetas 319.000/mm³, TP 20,9 s, TTP 28,4 s, glucosa 212 mg/dL, urea 34,6 mg/dL, creatinina 0,9 mg/dL, AST 530 U/L, ALT 368 U/L, fosfatasa alcalina 116 U/L, bilirrubina total 7,2 mg/dL, bilirrubina directa 4,2 mg/dL, lipasa 152 U/L, amilasa 69 U/L, hemoglobina glicosilada HBA1C 6,6%, serología para hepatitis Ag (HBsAg), AcS (HCV) y HIV negativos. Se realiza ultrasonido hepatobiliar que muestra, vesícula biliar aumentada de tamaño, pared engrosada y lodo biliar en su interior, vías biliares sin dilatación y sin evidencia de líquido libre en espacio de Morrison (Figura 1).

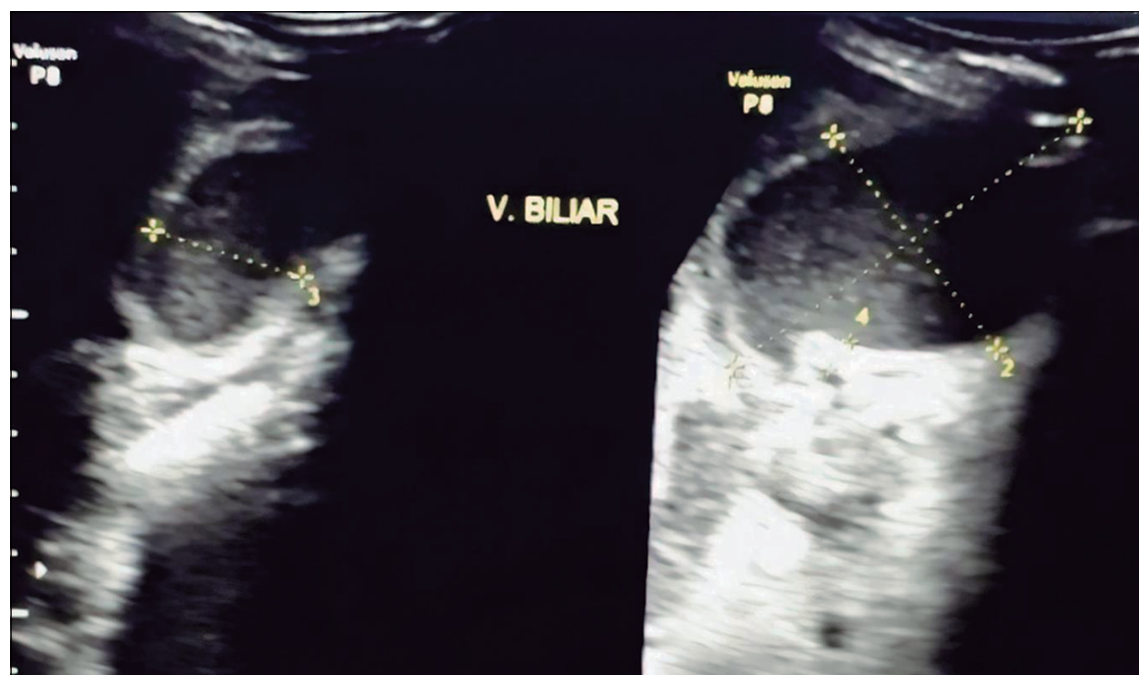


Figura 1. Ultrasonido de hígado y vías biliares muestra distensión vesicular, pared engrosada y lodo biliar en su interior.

CASOS CLÍNICOS

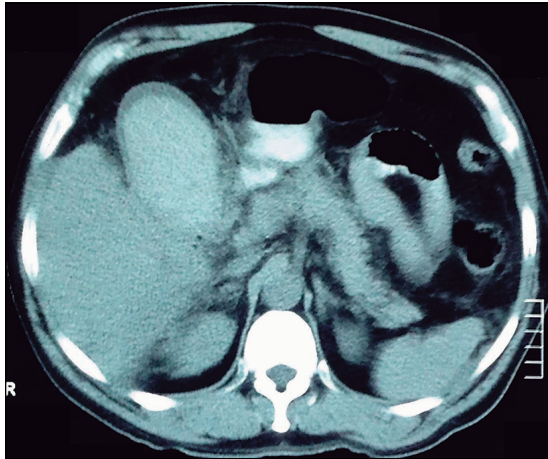


Figura 2. TC muestra gran distensión de la vesícula biliar con engrosamiento de la pared y edema de la misma, con material hiperdenso en su interior.

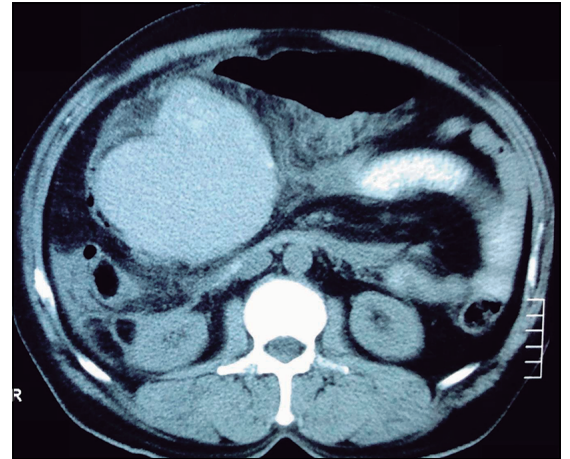


Figura 3. TC evidencia colección con material hiperdenso en su interior contigua a la vesícula biliar.

Con los datos clínicos, bioquímicos y de imagen se sospecha diagnóstico de colecistitis aguda. Se inicia tratamiento con soluciones cristaloides, levofloxacino 750 mg, vitamina K, analgésicos, plasma fresco e insulina, para su preparación para cirugía.

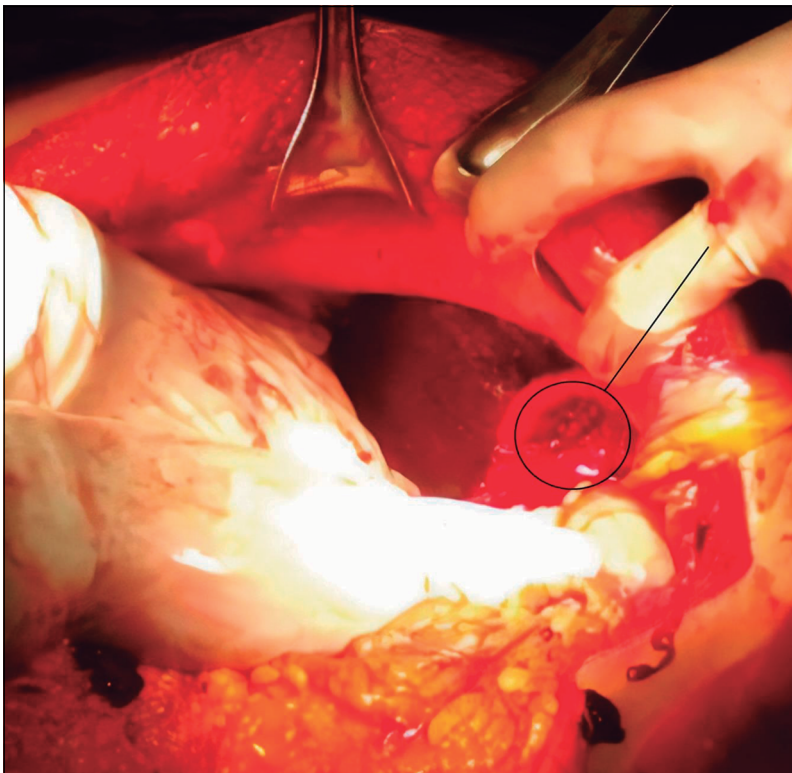


Figura 4. Vesícula biliar *in situ* mostrando la perforación en el fondo vesicular.

En el transcurso de su estancia presenta mejoría clínica y de laboratorio. 6 h después el paciente presentó aumento del dolor, por lo que se administra más analgésicos con pobre respuesta, resultando incluso con deterioro de su estado general por lo que se realiza una tomografía computarizada con contraste, la cual nos evidencia una distensión de la vesícula biliar con engrosamiento de la pared y edema de la misma, con presencia de material hiperdenso en su interior, sugerente de extravasación del medio de contraste al interior de la vesícula biliar (Figura 2), así como la presencia de gran colección contigua a la vesícula biliar que contenía imágenes hiperdensas sugestivas de extravasación del medio de contraste (Figura 3), la vía biliar intra y extrahepática no dilatadas, líquido libre perihepático, periesplénico y en espacio pélvico. Ante estos hallazgos se realiza laparotomía de urgencia habiendo transcurrido 32 h desde su ingreso, (gasometría arterial tomada en el quirófano muestra hematocrito de 16%). En primera instancia encontramos un hemoperitoneo de 300 ml aproximadamente, y hematoma contenido entre estructuras contiguas a vesícula biliar de 1.000 ml aprox. con algunos litos dispersos. Vesícula biliar de 12 x 6 cm, con presencia de perforación de 2 cm en su fondo (Figura 4) que se comunicaba con el hematoma. En su interior se encontraron coágulos y múltiples litos de 3 a 5 mm, se realiza evacuación de coágulos y se realiza la colecistectomía, identificando las estructuras del triángulo de Calot, conducto cístico de 8 mm y arteria cística de 5 mm; se realiza colangiografía transcística, observando paso adecuado del medio de contraste, vía biliar de diámetro

normal sin imágenes sugestivas de litos. Se revisa hemostasia, se coloca drenaje cerrado y se procede al cierre de pared abdominal de manera habitual. Al término de la cirugía el paciente es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos en donde se mantiene durante 72 h y, posteriormente, es llevado a pabellón de cirugía general donde continúa con una evolución satisfactoria hasta ser egresado de hospital por mejoría 3 días después, con una estancia hospitalaria total de 8 días. Se da seguimiento por consulta externa, retiramos puntos sin incidencias a los 7 días y se otorga el alta definitiva por curación a las 6 semanas del posoperatorio con hemograma y química sanguínea sin alteraciones.

El estudio histopatológico mostró importante edema transmural, zonas extensas de hemorragia, así como infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y polimorfonuclear entremezclado con depósitos de fibrina con extravasación eritrocítica entremezclada con áreas de necrosis y depósitos de fibrina, en relación a colecistitis hemorrágica.

Discusión

La colecistitis hemorrágica (CH) con perforación vesicular y hemoperitoneo, a pesar de ser una entidad poco frecuente tiene una alta mortalidad, con el agravante de ser una patología de diagnóstico dudoso, ya que inicia como una colecistitis aguda⁴.

El primer estudio de imagen en pacientes con dolor en hipocondrio derecho es el ultrasonido el cual es totalmente operador dependiente⁵ y en el caso de CH con perforación, para su diagnóstico debe de tenerse la sospecha, de no ser así, se hace diagnóstico de colecistitis aguda. Soto et al⁶ describen datos ultrasonográficos que sugieren CH con perforación como son: los hallazgos de colecistitis aguda con signos indirectos de líquido libre complejo, hematoma de fosa de vesícula biliar y hemorragia intrahepática, los cuales no se encontraban en este paciente.

Tavernaraki et al⁷ publican un caso similar, que a pesar que reportan que presentaba otros factores de riesgo como la ingesta de cumadín y esteroides en forma crónica por patologías diversas, no se sospecha CH y el paciente es ingresado con diagnóstico de colecistitis aguda (clínico, laboratorio y ultrasonido), haciendo diagnóstico de CH con perforación y hemoperitoneo masivo posterior el deterioro del paciente y realización de la tomografía computarizada posterior, tal y como sucedió con nuestro caso.

Kim et al⁸ señalan que la tomografía computarizada con contraste endovenoso demuestra el defecto

en la pared de la vesícula biliar y Tavernaraki et al⁷ ratifican que los hallazgos tomográficos hacen el diagnóstico al demostrar líquido de alta densidad (contraste endovenoso) en el lumen vesicular que puede imitar lodo ("leche de calcio"), así como como líquido hiperdenso que rodea la vesícula biliar y en la cavidad peritoneal.

El tratamiento en la CH con perforación y hemoperitoneo es la colecistectomía de urgencia^{4,9}, como en este caso, el cual se resolvió favorablemente posterior a la cirugía y el manejo multidisciplinario; es de importancia señalar que el mejor momento para realizar la cirugía en la colecistitis aguda es en las primeras 72 h no encontrándose diferencia significativa entre pacientes operados en las primeras 24 h y los operados entre 25 a 72 h¹⁰, aprovechando este tiempo en mejorar las condiciones del paciente

Conclusión

A pesar que la CH con perforación y hemoperitoneo es una patología muy poco común de diagnóstico confuso, es importante establecer la realización de una tomografía computarizada abdominal con contraste endovenoso en todo paciente con sospecha de colecistitis aguda grave con función renal adecuada, ya que su tratamiento quirúrgico temprano antes de la perforación vesicular disminuye significativamente su morbilidad, y el riesgo-beneficio (costo, tiempo de realización, radiación) es mínimo si el resultado fuese negativo.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores no refieren conflictos de interés.

CASOS CLÍNICOS

Referencias

1. Revzin MV, Scoutt L, Smitaman E, Israel GM. The gallbladder: uncommon gallbladder conditions and unusual presentations of the common gallbladder pathological processes. *Abdom Imaging*. 2015;40:385-99.
2. Lee SW, Yang SS, Chang CS, Yeh HJ. Impact of the Tokyo guidelines on the management of patients with acute calculous cholecystitis. *J Gastroenterol Hepatol*. 2009;24:1857-61.
3. Bennett GL, Balthazar EJ. Ultrasound and CT evaluation of emergent gallbladder pathology. *Radiol Clin North Am*. 2003;41:1203-16.
4. Nural MS, Bakan S, Bayrak IK, Baydin A, Danaci M. A rare complication of acute cholecystitis: transhepatic perforation associated with massive intraperitoneal hemorrhage. *Emerg Radiol*. 2007;14:439-41.
5. Parekh J, Corvera CU. Hemorrhagic Cholecystitis. *Arch Surg*. 2010;145:202-4.
6. Soto L, Levine H, Celinski S, Guileyardo J. Fatal abdominal hemorrhage associated with gallbladder perforation due to large gallstones. *Proc Bayl Univ Med Cent*. 2014;27:131-2.
7. Tavernaraki K, Sykara A, Tavernaraki E, Chondros D, Lolis E. Massive intraperitoneal bleeding due to hemorrhagic cholecystitis and gallbladder rupture: CT findings. *Abdom Imaging*. 2011;36:565-8.
8. Kim YC, Park MS, Chung YE, Lim JS, Kim MJ, Kim KW. Gallstone spillage caused by spontaneously perforated hemorrhagic cholecystitis. *World J Gastroenterol*. 2007;13:5525-6.
9. Vijendren A, Cattle K, Obichere M. Spontaneous haemorrhagic perforation of gallbladder in acute cholecystitis as a complication of antiplatelet, immunosuppressant and corticosteroid therapy. *BMJ Case Rep*. 2012 Jul 9;2012. pii: bcr1220115427. doi: 10.1136/bcr.12.2011.5427.
10. Ambe P, Weber SA, Christ H, Wassenberg D. Cholecystectomy for acute cholecystitis. How time-critical are the so called «golden 72 hours»? Or better «golden 24 hours» and «silver 25-72 hour»? A case control study. *World J Emerg Surg*. 2014;9:60. doi: 10.1186/1749-7922-9-60.