

## Cirujano General

Volumen 27  
Volume

Número 1  
Number

Enero-Marzo 2005  
January-March

*Artículo:*

Hemoperitoneo secundario a  
perforación de la vesícula biliar:  
Informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2005:  
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

Otras secciones de  
este sitio:

- 👉 Índice de este número
- 👉 Más revistas
- 👉 Búsqueda

*Others sections in  
this web site:*

- 👉 *Contents of this number*
- 👉 *More journals*
- 👉 *Search*

# Hemoperitoneo secundario a perforación de la vesícula biliar: Informe de un paciente

*Hemoperitoneum secondary to perforation of the gallbladder:  
Report of one patient*

*Dr. Ricardo Fabián González Fisher,\* Dr. Luis Fernando Durán Guerrero*

## Resumen

**Objetivo:** Presentación de un paciente con perforación espontánea de la vesícula biliar con hemoperitoneo.

**Diseño:** Informe de un caso.

**Sede:** Hospital privado de tercer nivel.

**Descripción del caso:** Un paciente masculino de 62 años con antecedentes de diabetes de 20 años de evolución y dos operaciones por perforación de divertículos colónicos y el hallazgo de coledocistitis 17 años antes, ingresó por el departamento de urgencias con dolor abdominal e imposibilidad para evacuar. A su ingreso se encontró con fiebre, deshidratación, taquicardia y dolor a la palpación abdominal sin otros signos de irritación peritoneal, así como leucocitosis y hemoconcentración. La radiografía simple de abdomen demostró ileo y abundante materia fecal en el colon derecho, el ultrasonograma abdominal no fue concluyente por lo que se inició manejo con diagnóstico de sub oclusión intestinal. Unas horas después, se presentaron datos de irritación peritoneal por lo que se sometió a laparotomía, encontrándose 2,000 ml de sangre libre en la cavidad, con perforación de la vesícula en su fondo y un cálculo de 8 x 4 cm en su interior, se realizó lavado de la cavidad y colecistostomía. La evolución postoperatoria fue tórpida presentándose tromboembolia pulmonar en el segundo día, celulitis en la pared abdominal en el sexto día y drenaje espontáneo de absceso del lecho vesicular en el séptimo día, descartando otra causa de éste por medio de una segunda laparotomía. Se manejó con antibióticos, egresando en buenas condiciones al vigésimo primer día.

**Conclusión:** La perforación espontánea de la vesícula biliar es una complicación poco frecuente de la coledocistitis que rara vez se presenta con hemoperi-

## Abstract

**Objective:** To present a patient with spontaneous perforation of the gallbladder with hemoperitoneum.

**Design:** Report of one case.

**Setting:** Third level health care private hospital.

**Case description:** Man of 62 years of age with a history of 20 years of diabetes and two surgeries due to colonic diverticula perforations and cholelithiasis findings 17 years ago. He was admitted through the emergency service with abdominal pain and not being able to evacuate. At admittance, he coursed with fever, dehydration, tachycardia, and pain to abdominal palpation without other signs of peritoneal irritation, and with leukocytosis and hemoconcentration. Simple abdominal X rays revealed ileum and abundant fecal matter in the right colon; abdominal ultrasonogram was not conclusive; the patient was therefore handled on a diagnosis of intestinal sub-occlusion. A couple of hours later, he presented data of peritoneal irritation and was subjected to laparotomy, finding 2,000 ml of free blood in the cavity, with perforation of the gallbladder fundus and an 8x4 cm calculus; lavage of the cavity and cholecystectomy were performed. Postoperative evolution was torpid, presenting pulmonary thromboembolism on the second day, abdominal wall cellulitis on the sixth day, and spontaneous abscess drainage from the vesicular bed on the seventh day, discarding any other cause for the condition through a second laparotomy. He was treated with antibiotics, and discharged, in good conditions, on the 21<sup>st</sup> day.

**Conclusion:** Spontaneous perforation of the gallbladder is an uncommon complication of cholelithiasis that is rarely accompanied by hemoperitoneum. Elective cholecystectomy is recommended in diabetic patients with cholelithiasis.

Cirugía General. Central Médico-Quirúrgica de Aguascalientes. Aguascalientes, México.

Recibido para publicación: 30 de abril de 2004

Aceptado para publicación: 18 de agosto de 2004

\* Miembro de la Asociación Mexicana de Cirugía General

Correspondencia: Dr. Ricardo Fabián González Fisher. Central Médico Quirúrgica. República del Perú No. 102 Frac. Las Américas CP. 20230, Aguascalientes, Ags. Tel. 01 449 9106120, <http://www.grupocmq.com>, E-mail: [cancer@aguascalientes.com](mailto:cancer@aguascalientes.com)

## toneo. Se recomienda colecistectomía electiva en pacientes diabéticos con colelitiasis.

**Palabras clave:** Colecistitis aguda, perforación de la vesícula biliar, hemoperitoneo.  
**Cir Gen 2005;27:75-78**

**Key words:** Acute cholecystitis, perforation of the gallbladder, hemoperitoneum.  
**Cir Gen 2005;27:75-78**

### Introducción

En 1884, Duncan publicó el primer caso de perforación espontánea de la vesícula biliar, no siendo reconocida como una entidad clínica significativa. Actualmente se reconoce como una complicación frecuente de la colecistitis aguda.<sup>1</sup> Desde 1934, varios autores han comunicado su frecuencia entre 1.6% y 15%, con una morbimortalidad extremadamente alta. Una presentación poco frecuente en la perforación de la vesícula biliar es el hemoperitoneo masivo que, según Garamendí<sup>2</sup> se ha informado en menos de 50 pacientes desde 1858, la mayoría de los cuales se han identificado en necropsias, por lo que consideramos importante la presentación de un caso en el que el desenlace ha sido favorable, de igual manera, al no encontrar información en la literatura nacional reciente, es apropiado hacer una revisión sobre la fisiopatología de este problema.

La evidencia histológica de inflamación de la vesícula biliar nos da una idea de la patogénesis de la perforación, ya que estudios previos han demostrado una alta frecuencia de litiasis vesicular, lo que sugiere la impacción de un cálculo en el conducto cístico que provoca lesión en la mucosa, edema, congestión y compromiso circulatorio, seguida de una infección bacteriana (*Escherichia coli* 60%, *Micrococcus pyogenes* 20% y *Aerobacter cloacae* 20%),<sup>3</sup> necrosis y perforación habitualmente en el fundus. Gallager y colaboradores<sup>3</sup> sugieren que la estasis biliar juega un papel importante al producir un alto concentrado de bilis, reflujo de jugo pancreático y trombosis de la arteria cística, lo cual fue demostrado por Womack<sup>4</sup> en un modelo canino al inyectar bilis dentro de la vesícula biliar.

### Descripción del caso

Hombre de 62 años, ingresó por dolor abdominal generalizado asociado con náusea, vómito e imposibilidad para evacuar por dos días. Entre sus antecedentes destacaban tabaquismo y alcoholismo moderado hasta 15 años antes de su ingreso, diabetes mellitus controlada con metformina y glibenclamida desde hace 20 años, 17 años atrás fue operado en dos ocasiones efectuándose resección intestinal secundaria a perforación de divertículos de colon, se detectó colelitiasis y se le informó la necesidad de colecistectomía, la cual no aceptó.

A su ingreso presentó fiebre de 38.7°C, FC 86x', FR 23x', TA 130/80 mmHg, deshidratación moderada, abdomen con hiperestesia e hiperalgesia, doloroso a la palpación, sin datos de irritación peritoneal, peristalsis presente, ligeramente disminuida, con ruidos de decantación. Leucocitosis de 15,800, hemoglobina de 17.4, glucemia

de 325 mg/dl; la radiografía simple de abdomen mostró abundante materia fecal en colon derecho, así como asa de intestino delgado dilatada y con aire (**Figura 1**), la ultrasonografía (USG) abdominal no fue concluyente por presencia de aire en asas intestinales; por lo anterior se trató como un cuadro suboclusivo, evolucionando adecuadamente con disminución del dolor y del íleo. Sin embargo, a las 19 horas de su ingreso aumentó el dolor y aparecieron datos de irritación peritoneal por lo que se realizó laparotomía exploradora en la que se encontró: Hemoperitoneo, (aproximadamente 2,000 ml de sangre obscura sin coágulos), vesícula biliar perforada en su fondo, con lito de 8 x 4 cm, y gran cantidad de adherencias, por lo que se optó por realizar colecistostomía y lavado de la cavidad sin mayores complicaciones.

Al segundo día postoperatorio presentó taquipnea y disminución de la saturación de oxígeno, una gamma-



**Fig. 1.** Radiografía simple del abdomen que muestra abundante materia fecal en colon derecho, así como asa de intestino delgado dilatada y con aire.

grafía pulmonar diagnosticó tromboembolia pulmonar, la cual se manejó médicamente. El sexto día presentó fiebre de 38.9 °C con zona indurada, hiperémica, en hemiabdomen derecho por lo que se realizó tomografía computada de abdomen que demostró zona de licuefacción y edema en la pared abdominal del lado derecho de aproximadamente 2.0 cm<sup>3</sup> (Figura 2), por lo que se realizó drenaje guiado por USG para realizar un cultivo con material de esa zona, se obtuvo escasa cantidad de líquido, no purulento; la tinción de Gram mostró bacilos gram negativos y levaduras por lo que se agregó a la terapia Meropenem, Amikacina y Fluconazol.

Al 7° día, el aspecto del líquido que se obtenía a través del drenaje era de tipo fecaloide, no fétido, por lo que se realizó laparotomía exploradora ante la sospecha de una perforación intestinal, se encontró un absceso en el lecho vesicular, en resolución, y dilatación de colon transverso, se efectuó lavado de la cavidad abdominal y drenaje del área de la celulitis, se continuó con los mismos antibióticos. Entre el noveno y el decimo-

cuarto día le fueron transfundidos tres paquetes globulares por anemia con hemoglobina de 9.1. Su evolución fue satisfactoria por lo que al vigésimo primer día se manejó como paciente externo.

### Discusión

La perforación de la vesícula biliar es una complicación que frecuentemente incrementa la morbimortalidad de la colecistitis aguda. De acuerdo con la clasificación descrita por Niemeir, en 1934,<sup>5</sup> se divide en 3 tipos: Tipo 1: perforación aguda con manchado de bilis en el líquido peritoneal. Tipo 2: perforación subaguda con un absceso pericístico o en el cuadrante superior derecho. Tipo 3: perforación crónica con una fístula colecistoentérica, colecistoduodenal o colecistocutánea. Según esta clasificación, nuestro paciente presentó una perforación tipo 1. Roslyn,<sup>6</sup> en 1987, describió que los pacientes con perforación tipo 1 eran personas jóvenes, del sexo masculino y con enfermedades sistémicas (con mayor frecuencia enfermedad cardíaca aterosclerótica e inmunosuprimidos o bajo terapia de esteroides) y sin antecedentes de enfermedad biliar; en contraste los pacientes con perforación del tipo 3, o perforación crónica, fueron, con mayor frecuencia, hombres mayores de 60 años, enfermedad sistémica e historia de enfermedad biliar. Felice<sup>7</sup> demostró que existía una relación entre hombres mayores de 60 años con enfermedad sistémica agregada (enfermedad cardíaca aterosclerótica, EPOC, enfermedad diverticular, urolitiasis, diabetes, carcinoma esofágico) y perforación de la vesícula biliar.

Los síntomas, exploración física y estudios de laboratorio no son específicos para el diagnóstico de una perforación de la vesícula biliar. Los pacientes a menudo presentan dolor abdominal (77%), náusea (41%) y vómito, que son síntomas comunes en una colecistitis aguda, también pueden presentar datos de irritación peritoneal (59%), distensión (56%), disminución de movimientos intestinales (44%), masa palpable (41%), anorexia (35%), ictericia (15%), dolor irradiado a la espalda (17%) y fiebre (35%). Setenta y cuatro por ciento presentan leucocitosis (> 10,000 leucocitos/mm<sup>3</sup>), 51% hiperbilirrubinemia, 43% uremia, 40% elevación de la creatinina, y 20% elevación de TGO y TGP. Felice y Trowbridge,<sup>7</sup> en el estudio que realizaron de enero de 1977 a diciembre de 1983, encontraron esta misma relación de síntomas, hallazgos en la exploración física y cambios en los estudios de laboratorio, en el grupo de pacientes con colecistitis aguda sin perforación y con perforación de la vesícula biliar, concluyeron que no son una herramienta que fundamente el diagnóstico.

Entre los estudios diagnósticos se han propuesto a la colecistografía oral, el ultrasonido y la tomografía computarizada (TC). La colecistografía oral es útil para el diagnóstico de una perforación tipo 1, observando una extravasación del medio de contraste a la cavidad peritoneal, y tipo 2, con una banda pericolecística o un efecto de masa en el cuadrante superior derecho del abdomen, con una sensibilidad relativamente baja del 44%. La tomografía y el ultrasonido también son útiles para demostrar una colección de líquido, el ultrasonido tiene

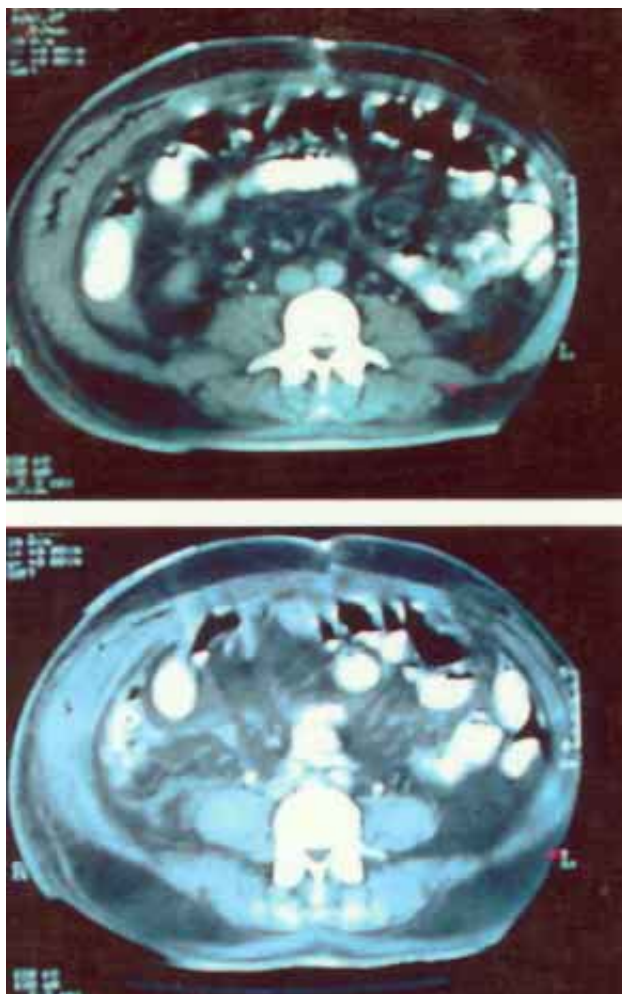


Fig. 2. Tomografía abdominal que muestra zona de licuefacción y edema en la pared abdominal del lado derecho de aproximadamente 2.0 cm<sup>3</sup>.

mayor sensibilidad que la TC para el diagnóstico de litiasis vesicular y, ocasionalmente, ha demostrado la perforación; mientras que la TC demostró su utilidad en identificar colecciones pericísticas y en el cuadrante superior derecho (tipo 2).<sup>4</sup> Sood y Karla<sup>8</sup> demostraron, en un estudio con 28 pacientes con perforación tipo 1 (36%), tipo 2 (34%) y tipo 3 (30%), que el ultrasonido tiene una mayor sensibilidad que la TC para el diagnóstico, 48% y 44%, respectivamente. Siendo aún inespecíficos y poco sensibles cualquiera de estos estudios para el diagnóstico. Felice<sup>7</sup> considera que actualmente el diagnóstico certero es quirúrgico.

La cirugía ha demostrado a través de los años ser el tratamiento de elección. Se han propuesto colecistotomía, colecistectomía y el drenaje del absceso de acuerdo a cada paciente; las cuales se han realizado con éxito disminuyendo la morbimortalidad; comparándola con el tratamiento médico, con antibióticos, líquidos, drenaje gástrico y analgésicos, aumenta la mortalidad en un 100%.<sup>9</sup>

El hemoperitoneo es uno de los hallazgos menos frecuentes en la perforación de la vesícula biliar. Entre las causas de hemoperitoneo están consideradas: ruptura de quiste ovárico (44%), pancreatitis aguda (9%), ruptura de un aneurisma de aorta (6%), perforación de la vesícula biliar (3%), ruptura hepática (secundaria a eclampsia) (3%), ruptura esplénica (3%), necrosis de una trompa uterina (3%), cáncer uterino (3%), embarazo ectópico (3%), y entre las más raras están: enfermedad metastásica y enfermedad trofoblástica del embarazo. Loynes<sup>10</sup> describió los signos y síntomas iniciales más comunes de hemorragia intraperitoneal: dolor abdominal (cuadrante superior derecho, datos de irritación peritoneal, distensión abdominal), pérdida aguda de sangre (anemia, palidez de tegumentos, oliguria) y estado de choque (taquicardia e hipotensión); de ellos, el paciente sólo presentó dolor abdominal y distensión, ninguno característico para diagnóstico de hemorragia intraperitoneal.

La fascitis necrotizante es una complicación rara en la perforación de la vesícula biliar, es una condición catastrófica en personas de edad mayor y una causa de sepsis. Rehman<sup>11</sup> recomienda el manejo con desbridamiento quirúrgico y antibioticoterapia; nuestro paciente sólo presentó una celulitis.

### Conclusión

El tratamiento quirúrgico de la perforación vesicular, con presencia de hemoperitoneo, es la conducta de elección.

### Referencias

1. Rubinstein J, Berger D. Gallbladder perforation. *Surg Rounds* 1989; 31: 45-51.
2. Garamendi PM, Arbella M, Aguilera B. Massive haemoperitoneum as a complication of spontaneous rupture of the gallbladder. *Cuadernos de Medicina Forense* 2002; 28: 37-41.
3. Gallagher WB. Perforation of the gallbladder. *Am J Surg* 1960; 100: 407-11.
4. Thomas CG, Womack NA. Acute cholecystitis, its pathogenesis and repair. *Arch Surg* 1952; 64: 590. Citado por Gallagher WB. Perforation of the gallbladder. *Am J Surg* 1960; 100: 407-11.
5. Neimer OH. Acute free perforation of the gallbladder. *Ann Surg* 1934; 99: 922-4.
6. Roslyn JJ, Thompson JE Jr, Davin H, Den Besten L. Risk factors for gallbladder perforation. *Am J Gastroenterol* 1987; 82: 636-40.
7. Felice PR, Trowbridge PE, Ferrara JJ. Evolving changes in the pathogenesis and treatment of the perforated gallbladder. *Am J Surg* 1985; 149: 466-73.
8. Sood BP, Karla N, Gupta S, Sidhu R, Gulati M, Khandelwal N, et al. Role of sonography in the diagnosis of gallbladder perforation. *J Clin Ultrasound* 2002; 30: 270-4.
9. Isch JH, Finneran JC, Nahrworld DL. Perforation of the gallbladder. *Am J Gastroenterol* 1971; 55: 451-8.
10. Loynes JT. Spontaneous hemoperitoneum resulting from rupture of hepatocellular carcinoma. *Hospital Physician* 2001; 2: 68-9.
11. Rehman A, Walker M, Kubba H, Jayatunga AP. Necrotizing fasciitis following gall-bladder perforation. *JR Coll Surg Edinb* 1998; 43: 357.