

Hemocolecisto secundario a colecistitis crónica: reporte de un caso

RESUMEN

Introducción: el hemocolecisto es la presencia de sangre en el interior de la vesícula biliar. Presentamos el caso de un paciente con hemocolecisto probablemente secundario a colecistitis crónica litiásica.

Caso clínico: una mujer de 36 años de edad presentó dolor abdominal en la región subcostal derecha. El estudio ultrasonográfico reportó un tumor heterogéneo intravesicular y la tomografía computada una masa hiperdensa. En la intervención quirúrgica se encontró la vesícula biliar a tensión con abundantes coágulos sanguíneos en su interior. El estudio histopatológico reportó colelitiasis y colecistitis crónica.

Discusión: el hemocolecisto secundario a colecistitis crónica es raro. El cuadro clínico es inespecífico mientras que en la ultrasonografía y la tomografía computada los hallazgos no son concluyentes. Sólo la intervención quirúrgica mediante colecistectomía logra el diagnóstico de certeza.

Conclusiones: entre las causas del hemocolecisto deberá considerarse la colecistitis crónica. No recomendamos el tratamiento conservador dada la alta posibilidad de rotura vesicular o de dejar sin tratar una probable neoplasia de la vesícula biliar pues tiene características similares al hemocolecisto en los estudios de imagen.

Palabras clave: hemocolecisto, colecistitis crónica.

Hemocholecyst secondary to chronic cholecystitis: a case report

ABSTRACT

Background: hemocholecyst is the presence of blood within the gallbladder. We report a case of a patient with hemocholecyst probably secondary to chronic cholecystitis.

Clinical case: A 36-year-old female presented abdominal pain in the right subcostal region. The ultrasonographic study reported the presence of intra-vesicular heterogeneous mass and CT scan showed a hyperdense mass. During surgery the gallbladder was found stressed and with many blood clots inside. Histopathology reported cholelithiasis and chronic cholecystitis.

Discussion: hemocholecyst secondary to chronic cholecystitis is rare. The clinical symptoms are nonspecific, whereas ultrasonography and CT-scan findings are inconclusive. Only cholecystectomy can confirm the diagnosis.

Conclusions: among the causes of hemocholecyst the chronic cholecystitis should always be considered. Conservative treatment is not recommended due to the high possibility of vesicular rupture; or is possible that gallbladder neoplasm has similar imaging characteristics to hemocholecyst, and may remain untreated if not diagnosed.

Key words: hemocholecyst, chronic cholecystitis.

Dan José García Lagarda¹
Alberto Ildefonso Venegas Eguia²
Salvador Ramírez Guzmán³
Gerardo Evaristo Méndez⁴

^{1,2} Médico residente. Cirugía General

^{3,4} Médico adscrito. Departamento de Cirugía General.

Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías, Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado. Zapopan, Jalisco, México.

Recibido: febrero 2014

Aceptado: mayo 2014

Correspondencia

Dan José García Lagarda
Departamento de Cirugía General
Hospital Regional Dr. Valentín Gómez Farías
Av. Soledad Orozco 203, Col. El Capullo
CP. 45150. Zapopan, Jalisco, México
Tel.: (33) 3836 0650, extensión 146
Celular.: 3335783795
danpepesiete@gmail.com

Este artículo debe citarse como

García-Lagarda DJ, Venegas-Eguia AI, Ramírez-Guzmán S, Evaristo-Méndez G. Hemocolecisto secundario a colecistitis crónica: reporte de un caso. Rev Esp Med Quir 2014;19:181-184.

INTRODUCCIÓN

El hemocolecisto es la presencia de sangre en el interior de la vesícula biliar y el término fue utilizado por primera vez en 1961 por Fitzpatrick.¹ En la literatura médica se registran como sus causas más comunes el traumatismo abdominal, la administración de medicamentos anticoagulantes o antiplaquetarios, tumores de la vesícula biliar y a la colecistitis aguda.^{2,3} El objetivo de este reporte fue describir un paciente con hemocolecisto cuya causa más probable fue colecistitis crónica por litiasis.

CASO CLÍNICO

Una mujer de 36 años de edad, con antecedentes de insuficiencia venosa de miembros inferiores y cólico biliar en dos ocasiones durante los doce meses previos a su cuadro clínico actual, acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital el día 3 de marzo de 2012 por padecer dolor abdominal intenso, de tres días de evolución, localizado por la paciente en el cuadrante superior derecho. Los signos vitales a su ingreso hospitalario fueron: presión arterial sanguínea de 120/80 mmHg, pulso de 72 por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto y temperatura corporal de 36.8°C. La exploración física reveló, a la palpación, un tumor en el hipocondrio derecho, de bordes lisos y bien definidos, doloroso a la palpación, con signo de Murphy positivo, de consistencia blanda, fijo a planos profundos y sin pulsaciones. Los estudios de laboratorio mostraron hemoglobina de 12 g/dL, hematócrito de 49%, cuenta de leucocitos en sangre de 8 400/mm³, 86% de neutrófilos, cuenta plaquetaria de 255 000/mm³, aspartato-aminotransferasa de 884.9 UI/L, alanina-aminotransferasa de 388 UI/L, lactato-deshidrogenasa de 877 UI/L, bilirrubinas totales de 0.97 mg/dL, bilirrubina directa de 0.56 mg/dL y bilirrubina indirecta de 0.41 mg/dL. La relación normalizada internacional fue de 1.1, fibrinógeno de 320 mg/dL con tiempo de tromboplastina parcial de 24.2 segundos y tiempo de

protrombina 15.2 segundos. El ultrasonido abdominal puso de manifiesto una vesícula biliar de 9.8 ´ 5.3 ´ 4.5 cm con una pared poliestratificada de 2 mm de grosor, sin dilatación de las vías biliares intra- o extrahepáticas, masa intravesicular ecogénica, heterogénea y con sombras sónicas. (Figura 1) No hubo signos de colecistitis aguda. En la tomografía computada (TC) se observó un tumor con hiperdensidad intravesicular de 50 unidades Hounsfield. (Figura 2)

A pesar de la administración de antiinflamatorios no esteroides y de opioides intravenosos, la paciente continuó con dolor de una intensidad referida de 10 en una escala de clasificación numérica de 0 a 10, por lo que se le sometió a

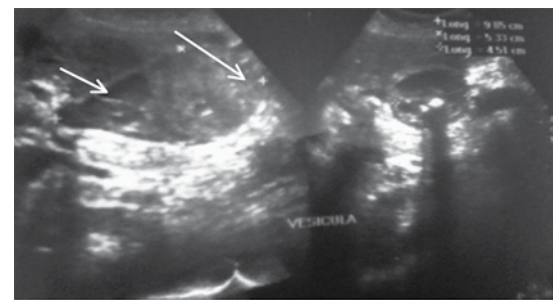


Figura 1. Ultrasonido de vesícula biliar con una masa intravesicular de ecogenicidad mixta (flecha corta) y pared poliestratificada (flecha larga).



Figura 2. Tomografía computada de abdomen que muestra distensión de la vesícula biliar con una imagen hiperdensa en su interior (flecha).

intervención quirúrgica de urgencia bajo el diagnóstico de hidrocolecisto probable. Mediante una incisión subcostal derecha se abordó la cavidad peritoneal con el hallazgo de una vesícula biliar a tensión, datos de hemorragia en su interior y sin datos de inflamación aguda; ésta sufrió rotura durante el pinzamiento para su sujeción con abundante salida de coágulos sanguíneos y cálculos de 2-4 mm de diámetro. (Figura 3) No se encontró ninguna otra anomalía. Se practicó colecistectomía sin complicaciones debido a la presencia de hemocolecisto. La mucosa de la vesícula biliar reseca presentó múltiples ulceraciones y dos puntos de sangrado reciente, mientras que el conducto cístico se encontró obstruido por coágulos. El posoperatorio transcurrió sin incidentes. El reporte histopatológico describió una vesícula biliar de forma sacular con dimensiones de 10 × 3 × 4 cm y cálculos en su interior. La mucosa presentó edema, engrosamiento fibroso e infarto hemorrágico difuso. El diagnóstico final fue de colelitiasis y colecistitis crónica. La paciente cursó un posoperatorio inmediato sin complicaciones y fue egresada al tercer día de la intervención quirúrgica.

DISCUSIÓN

El hemocolecisto es una entidad patológica rara como causa de dolor abdominal y su diagnóstico



Figura 3. Vesícula biliar distendida (flecha gruesa) con salida de coágulos sanguíneos por su fondo (flecha delgada).

preoperatorio preciso es difícil, principalmente para diferenciarlo de la hemobilia, de la colecistitis gangrenosa y de una neoplasia de la vesícula biliar.⁴ Entre sus causas más frecuentes se incluyen el traumatismo abdominal, neoplasias biliares, colecistitis aguda o crónica (con o sin cálculos biliares), biopsias hepáticas, hemobilia, una mucosa gastrointestinal heterotópica, tratamiento con medicamentos anticoagulantes y diátesis hemorrágica.^{2,3,5-7} En el caso que presentamos estuvieron ausentes las causas antes mencionadas, excepto los antecedentes clínicos compatibles con colelitiasis crónica que se sustentaron, posteriormente, en el estudio histopatológico.

El cuadro clínico del hemocolecisto es inespecífico y los pacientes pueden padecer, como aconteció en nuestro caso, dolor en el hipocondrio derecho debido a la distensión vesicular secundaria a la obstrucción del conducto cístico por coágulos sanguíneos. Otros escenarios clínicos son dolor abdominal agudo, con peritonitis generalizada, provocado por el hemoperitoneo de una perforación libre de la vesícula biliar, fiebre, hemorragia gastrointestinal manifestada por melenas o hematemesis e ictericia con un patrón clínico de tipo obstructivo por coágulos en el colédoco.^{8,9} Los hallazgos ecasonográficos incluyen el engrosamiento (con irregularidades focales) de la pared vesicular y material ecogénico intraluminal no móvil, con o sin sombra acústica de acuerdo con la presencia o ausencia de cálculos; mientras que la hemorragia y los coágulos en el interior de la vesícula biliar se muestra en la tomografía como un nivel fluido-fluido y una imagen de alta densidad sin infiltraciones de la pared vesicular.^{10,11} En nuestra paciente hubo la mayoría de estos hallazgos imagenológicos.

El mecanismo propuesto de la hemorragia intravesicular en la colecistitis crónica y que, probablemente, estuvo implicado en el caso que

presentamos, es la isquemia y la inflamación causadas por la litiasis, que erosionan la pared de la vesícula biliar, y sangrado al interior de su luz secundario a la rotura de la mucosa, erosión directa de un vaso sanguíneo y la acción lítica de la bilis. Este proceso en realidad es similar a lo reportado por otros autores y conocido como hemocolecisto secundario.¹¹ El conducto cístico en nuestra paciente fue obstruido completamente por los coágulos sanguíneos, lo cual impidió la hemorragia dentro del conducto gastrointestinal. Finalmente, el dolor y la distensión vesicular que sugieran clínicamente un cuadro de colecistitis aguda o de hidrocolecisto, respectivamente, deberán también hacernos considerar al hemocolecisto en el diagnóstico diferencial ante la ausencia de datos de laboratorio o de imágenes que no sean compatibles con esos diagnósticos.

Aunque se ha descrito en la literatura médica la simple observación y la colecistostomía percutánea para el manejo del hemocolecisto en pacientes no candidatos a cirugía, recomendamos la colecistectomía abierta o laparoscópica de urgencia dado la posibilidad de persistir la incertidumbre de un diagnóstico de certeza preoperatorio y de rotura vesicular con los tratamientos conservadores.¹²

CONCLUSIONES

Las causas más frecuentes de hemocolecisto son traumatismo y administración de anticoagulantes. El diagnóstico diferencial ultrasonográfico de certeza es difícil debido a su confusión con el carcinoma de la vesícula biliar. El tratamiento de elección es la colecistectomía. El caso que

presentamos es relevante porque la colecistitis crónica litiásica es una causa poco frecuente de hemocolecisto.

REFERENCIAS

1. Fitzpatrick TJ. Hemocholecyst: a neglected cause of gastrointestinal hemorrhage. *Ann Intern Med* 1961;55:1008-1013.
2. Ku J, Delarosa J, Kang J, Hoyt D, Coimbra R. Acute cholecystitis with a hemocholecyst as an unusual presentation of gallbladder cancer: report of a case. *Surg Today* 2004;34(11):973-976.
3. Morris DS, Porterfield JR, Sawyer MD. Hemorrhagic cholecystitis in an elderly patient taking aspirin and cilostazol. *Case Rep Gastroenterol* 2008;2(2):203-207.
4. Counihan TC, Islam S, Swanson RS. Acute cholecystitis resulting from hemobilia after tru-cut biopsy: a case report and brief review of the literature. *Am Surg* 1996;62(9):757-758.
5. Pandya R, O'Malley C. Hemorrhagic cholecystitis as a complication of anticoagulant therapy: rol of CT in its diagnosis. *Abdom Imaging* 2008;33(6):652-653.
6. Shin KY, Heo J, Kim JY, Lee SJ, Jang SY, Park SY, et al. A case of hemocholecyst associated with hemobilia following radiofrequency ablation therapy for hepatocellular carcinoma. *Korean J Hepatol* 2011;17(2):148-151.
7. Hancock SM, Spier BJ, Pfau PR. Hemorrhagic emphysematous cholecystitis presenting as obstructive jaundice and hemobilia. *Gastrointest Endosc* 2008;68(1):151-152.
8. Jung YM, Son BK, Ahn SB, Kim DH, Kim EK. Intramural gallbladder hematoma mimicking gallbladder neoplasm in a 55-year-old male patient. *J Korean Surg Soc* 2011;81:216-220.
9. Parekh J, Corvera CU. Hemorrhagic cholecystitis. *Arch Surg* 2010;145(2):202-204.
10. Tavernaraki K, Sykara A, Tavernaraki E, Chondros D, Lolis ED. Massive intraperitoneal bleeding due to hemorrhagic cholecystitis and gallbladder rupture: CT findings. *Abdom imaging* 2011;36(5):565-568.
11. Gremmels JM, Kruskal JB, Parangi S, Kane RA. Hemorrhagic cholecystitis simulating gallbladder carcinoma. *J Ultrasound Med* 2004;23(7):993-995.
12. Shope TR, Bass TL, Haluck RS. Laparoscopic management of traumatic hemorrhagic cholecystitis. *JSL* 2004;8(1):93-95.