

COLECISTITIS AGUDA HEMORRÁGICA.PRESENTACIÓN DE CASO

ACUTE HEMORRHAGIC COLECISTITIS. CASE REPORT

Autores: Dr. Alfredo Cruz Amigó, benqcruz5@gmail.com , <http://orcid.org/0009-0008-6176-5759>
Facultad de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Facultad de Ciencias Médicas Julio Trigo López, Departamento de Cirugía

M.Sc. Idia Isabel Araujo Verdecia, idiaisabel@infomed.sld.cu, <http://orcid.org/0000-0001-8864-2566>,
Facultad Preparatoria de la Universidad de Ciencias Médicas de La Habana.

Localidad: La Habana, Cuba

Resumen

El objetivo del trabajo es demostrar la gravedad e infrecuencia de la colecistitis hemorrágica y el peligro para la vida del paciente. Se utilizan para realizar esta investigación métodos teórico, empíricos y matemáticos. Sus aportes son lo poco frecuente y grave que es esta enfermedad a nivel mundial, solo se conocen 20 casos publicados en todas las estadísticas revisadas, en Cuba desde el 2015 hasta la actualidad no se reporta casos publicados en adulto. Es pertinente porque tratando al paciente con una colecistitis aguda puede aparecer la complicación hemorrágica y el cirujano debe tomar otra conducta para conservar la vida del paciente. La colecistitis hemorrágica es una complicación poco frecuente de la colecistitis aguda con una alta mortalidad. Paciente con dolor abdominal en hipocondrio derecho e ictericia. Los exámenes de laboratorio y ultrasonido hepatobiliar mostraron datos sugestivos de colecistitis aguda; realizándose dos ultrasonido donde se evidencio signos de colecistitis aguda. Resultados: en la laparotomía de urgencia, corrobora los hallazgos del ultrasonido para una colecistitis aguda pero no hemorrágica 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 sin perforación o 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 hemorrágica; perforación vesicular; hemoperitoneo; colecistectomía.

Abstract

The aim of this study is to highlight the severity and rarity of hemorrhagic cholecystitis, as well as the life-threatening risk it poses to patients. The research is conducted using theoretical, empirical, and mathematical methods. The main contribution of this study is to emphasize how uncommon and serious this disease is on a global scale—only 20 cases have been reported in all the reviewed literature, in Cuba no cases in adults have been reported in the reviewed literature from 2015 at the present day. This study is relevant because hemorrhagic complications can arise while treating a patient with acute cholecystitis, requiring the surgeon to adopt a different approach to preserve the patient's life. Hemorrhagic cholecystitis is a rare complication of acute cholecystitis with high mortality. The case involves a patient presenting with right upper quadrant abdominal pain and jaundice. Laboratory tests and hepatobiliary ultrasound suggested acute cholecystitis, and two separate ultrasounds confirmed signs consistent with the diagnosis. Results: Emergency laparotomy corroborated the ultrasound findings of acute cholecystitis, but no hemorrhagic component was initially detected. The condition was successfully managed with a cholecystectomy. Discussion: Diagnosing hemorrhagic cholecystitis is challenging because its initial clinical presentation does not differ from that of acute cholecystitis. Therefore, clinical suspicion and appropriate imaging studies are crucial for its detection. Conclusion: Although hemorrhagic cholecystitis, whether with or without perforation and hemoperitoneum, is an extremely rare and diagnostically challenging condition, it is essential to perform an intravenous contrast-enhanced abdominal computed tomography (CT) scan in patients with suspected severe acute cholecystitis.

Keywords: hemorrhagic cholecystitis; gallbladder perforation; hemoperitoneum; cholecystectomy

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 vesicular². La incidencia de colecistitis aguda grave es del 6%, de éste, solo el 8%-12% desarrollan colecistitis hemorrágica, mientras que la colecistitis hemorrágica con perforación de la vesícula biliar y hemorragia masiva es aún menos frecuente, con una incidencia de 2%-11%, encontrándose menos de 20 casos reportados en la literatura¹. Siendo el 21 nuestro caso y el único en la historia del hospital Julio Trigo López que se conozca en el servicio de cirugía. Los síntomas son muy similares a los provocados por una colecistitis aguda litiásica. En ambas entidades se encuentra: dolor en cuadrante superior derecho, fiebre y leucocitosis. En

algunos casos se puede agregar hemobilia, melena y/o hematemesis, que en este caso no se presento⁵. La perforación de la vesícula biliar con hemorragia tiene una mortalidad por arriba del 70%, que nuestro caso no lo presento³.

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, sucediendo en el paciente^{5, 6}. 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%⁷, pero en el caso de la colecistitis hemorrágica sin perforación tampoco aporta nada diferente respecto al ultrasonido, como en este caso.

Presentación de caso

Paciente MJ masculino de 84 años de edad, con antecedentes familiares de hipertensión arterial sistémica; acude a urgencias por presentar dolor abdominal intenso de 24 h de evolución, de inicio súbito, de localización en epigastrio, irradiado a hipocondrio y flanco derecho, náuseas y vómitos en 3 ocasiones, de características alimentarias, sin ictericia conjuntival, niega fiebre y refiere evacuaciones de características normales.

Positivo al examen físico: signos vitales TA 170/95 mmhg, FC 101 x minuto, FR 23 x minuto, temperatura 36,5oC, mucosas orales regular hidratación, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, campos pulmonares con discreta hipoventilación basal derecha sin agregados, abdomen globuloso, peristalsis presente disminuida, percusión timpánica más acentuada en marco colónico y matidez hepática. Presenta dolor a la palpación superficial 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.

En la investigación se utilizaron los métodos de nivel empírico: revisión de documentos para constatar la actualidad del tema que se trata y del nivel teórico se utilizaron los métodos histórico-lógico con el fin de profundizar sobre el conocimiento, frecuencia y distribución universal de esta enfermedad, también se utilizó el análisis y síntesis para estudiar la enfermedad por partes y como un todo. El método matemático fue utilizado para comparar porcentualmente el caso del hospital julio trigo López con otros casos publicados en el mundo.

Desarrollo

Información del paciente

Edad: 84 años, Sexo: Masculino, Origen Étnico: Negro. Jubilado

Motivo de ingreso: Dolor en hipocondrio derecho.

Paciente: JM C.I. 39112401763.

Antecedentes patológicos personales y familiares: Hipertensión arterial

Hábitos Tóxicos: No refieren (familiares)

Descripción del Caso

Hallazgos clínicos: TA 170/95 mmhg, FC 101 x minuto, FR 23 x minuto, temperatura 36,5oC, mucosas normocoloreadas, ruidos cardiacos rítmicos sin agregados, murmullo vesicular disminuido en base derecha, abdomen globuloso, peristalsis presente disminuida, percusión timpánica más acentuada en marco colónico y matidez hepática. Presenta dolor a la palpación superficial 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.

Historia de la enfermedad actual: Paciente masculino, delgado, que se recibe en cuerpo de guardia con dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos.

Mucosas: Normocoloreadas

Sistema respiratorio: Murmullo vesicular disminuido en base derecha. F.R.: 23 rpm

Sistema cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos, T.A.: 170/95 mmHg, FC: 103 Lpm

Abdomen: Globuloso que sigue los movimientos respiratorios, peristalsis presente disminuida, percusión timpánica más acentuada en marco colónico y matidez hepática. Presenta dolor a la palpación superficial 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.

Sistema Nervioso Central (SNC): Ansioso e inquieto .

Evaluación diagnóstica:

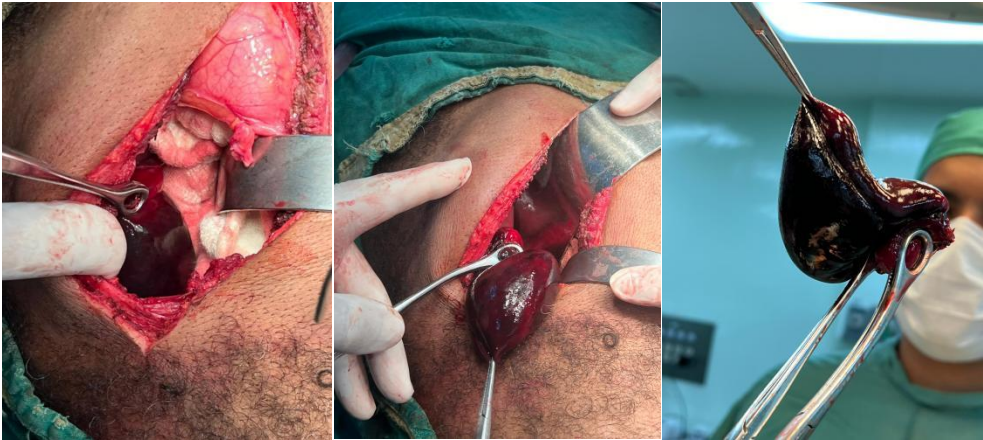
Métodos diagnósticos: Se implementó el método clínico, donde se valora como una colecistitis aguda de tratamiento quirúrgico urgente. Se realizaron estudio de sangre e imagenológicos el 12 de junio 2024 disponibles en el laboratorio.

Laboratorio:

Fue una urgencia que ocurrió el 12 de junio de 2024, se le hizo muestra de sangre para hemoglobina, hematocrito, leucograma, tiempo de sangramiento y coagulación, coagulo y plaquetas. Glicemia. Rx tórax, EKG y Ultrasonido abdominal.

Se realizaron dos ultrasonidos (uno en el área de salud y el otro en el hospital), no se disponía de otros medios como TAC contrastado IV.

Macroscópicamente:



En las figuras se evidencia la cirugía del caso. Observando la vesícula hemorrágica con la litiasis en su interior.

Intervención terapéutica:

Farmacológica: Administración preoperatoria Clorosodio al 0.9 % 500 ml, a durar 2H, avafortan un ampula IV lento, cefaxolina 1g IV, 1H antes de la intervención quirúrgica.

Procedimiento quirúrgico: Se realiza colecistectomía abierta con visión crítica del triángulo del calot y de fondo a cuello dadas las características de la vesícula (hemorrágica masiva). Con una duración de dos horas.

Observaciones de la intervención y tolerabilidad de la misma:

Los resultados fueron excelentes porque se pudo realizar la intervención quirúrgica en el menor tiempo posible y con buena evolución dando de alta hospitalaria al paciente a los 7 días y con retiro

de puntos a los 14 días, sin sepsis de la herida quirúrgica y tolerando los alimentos que antes le perjudicaban su salud.

En los acontecimientos imprevistos, se esperó encontrar una colecistitis aguda común y no hemorrágica masiva.

Discusión

La colecistitis hemorrágica, 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 dependiente⁸. Si es un caso de colecistitis hemorrágica, para su diagnóstico debe de tenerse la sospecha, de no ser así, se hace diagnóstico de colecistitis aguda. En algunas literatura se describen datos ultrasonográficos que sugieren colecistitis hemorrágica 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 paciente⁹, porque no estaba perforada.

Otros autores describen que se reportan, otros factores de riesgo como la ingesta de cumadin y esteroides en forma crónica por patologías diversas, pudieran producir colecistitis hemorrágica y el paciente es ingresado con diagnóstico de colecistitis aguda (clínico, laboratorio y ultrasonido), haciendo diagnóstico de colecistitis hemorrágica con perforación y hemoperitoneo masivo posterior al deterioro del paciente y realización de la tomografía computarizada posterior⁶. Kim et señala que la tomografía computarizada con contraste endovenoso demuestra el defecto en la pared de la vesícula biliar³.

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 h, aprovechando este tiempo en mejorar las condiciones del paciente⁶.

- Perspectiva o experiencia del paciente (siempre que sea posible): Feliz de ser un caso con buena evolución, a pesar que su diagnóstico es infrecuente con una mortalidad alta.
- Consentimiento informado: Fue firmado por el paciente en estado consciente y orientado frente al jefe de la guardia.

Conclusiones

A pesar que la Colecistitis hemorrágica es una patología muy poco común, de diagnóstico confuso, es importante establecer la realización de una tomografía computarizada abdominal con contraste

endovenoso. En caso de que no haya accesibilidad, realizar un ultrasonido abdominal como se realizó en este caso, ya que su tratamiento quirúrgico temprano disminuye la mortalidad.

Bibliografías

1. Díaz J, Martínez L, Pérez R. Colecistitis hemorrágica, a propósito de un caso. ResearchGate. 2021. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/348532526_Colecistitis_hemorragica_a_proposito_de_un_caso
2. López A, Ramírez C, Gómez P. Colecistitis hemorrágica: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Chil Cir. 2020;72(1):70-76. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492019000100070&script=sci_arttext
3. Gutiérrez M, Fernández T, Rojas E. Hemocolecisto como complicación del tratamiento anticoagulante y antiplaquetario. Cir Esp. 2022;100(3):212-216. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-hemocolecisto-como-complicacion-del-tratamiento-S0009739X10004562>
4. Suárez J, Méndez F, López D. Causa infrecuente de abdomen agudo biliar. Acta Gastroenterol. 2023;39(2):155-160. Disponible en: <https://actagastro.org/causa-infrecuente-de-abdomen-agudo-biliar/>
5. Ministerio de Salud del Perú. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo de la coledocolitiasis, colecistitis aguda y coledocolitiasis en el Seguro Social del Perú (EsSalud). Rev Gastroenterol Perú. 2021;41(4):365-378. Disponible en: <https://revistagastroperu.com/index.php/rgp/article/view/1379>
6. Rodríguez B, Jiménez H, Salazar P. Colecistitis Aguda: Artículo De Revisión. ResearchGate. 2023. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/365974443_Colecistitis_Aguda_Articulo_De_Revision_Autores
7. Martínez C, Álvarez R, Delgado S. Mejorando el diagnóstico de colecistitis aguda por ecografía. CB SERAM. 2024. Disponible en: <https://cbseram.com/2024/12/15/mejorando-el-diagnostico-de-colecistitis-aguda-por-ecografia/>
8. Herrera J, Vargas A, Romero F. Hemocolecisto primitivo con hemobilia por colecistitis hemorrágica. Rev Cir Urug. 2022;45(1):35-41. Disponible en: https://revista.scu.org.uy/index.php/cir_urug/article/view/2898

9. Pérez L, Mendoza T, Orozco M. Gangrena vesicular por colecistitis hemorrágica en paciente sin factores de riesgo: reporte de un caso. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2022;39(3):304-310. Disponible en: https://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1728-59172022000300304&script=sci_arttext