

Solución del caso: Causa infrecuente de abdomen agudo biliar

Viene de la página 174

La colecistitis hemorrágica es una causa poco frecuente de dolor abdominal, que puede llegar a simular una colecistitis aguda no hemorrágica y en ocasiones causar la muerte del paciente.

La incidencia de la colecistitis aguda grave es del 6%; de este porcentaje solamente del 8 al 12% desarrollan una colecistitis hemorrágica.¹

La distensión de la vesícula biliar y los cambios inflamatorios subsiguientes pueden llevar a la ulceración de la mucosa y a la necrosis. Se generan complicaciones como rotura de la vesícula biliar con hemorragia, hemobilia y hemoperitoneo. El lugar más frecuente de rotura es el fondo vesicular, debido a la escasa irrigación vascular.² Esta complicación puede ser secundaria a cálculos biliares, tumores, patologías hematológicas como anticoagulación, falla renal, cirrosis hepática o trauma. La clínica es muy similar a la colecistitis litiasica: se presenta con dolor abdominal, alteración de las enzimas hepáticas, leucocitosis y signo de Murphy positivo. Además, se puede asociar a hematemesis o hemorragia digestiva baja si los coágulos progresan hacia el intestino³, y también a shock hipovolémico; por estos motivos la TCMD es de ayuda para el diagnóstico temprano, en un 69.2% de los casos.¹ En nuestro caso el paciente no estaba anticoagulado, por lo que se desconoce la etiología del sangrado.

En la TCMD se puede observar engrosamiento de la pared y líquido perivesicular asociado a contenido hiperdenso dentro de la vesícula, así como hemoperitoneo perihepático secundario a la perforación. El contraste endovenoso en fase arterial cumple un rol importante en el diagnóstico, ya que se podrá ver la extravasación de contraste al lumen de la vesícula, característico del sangrado activo.

La ecografía es la prueba de elección para evaluar la coleditiasis, con un 100% de sensibilidad y 18% de especificidad, sin embargo, estos valores son menores para el

diagnóstico de colecistitis aguda, y según el estado clínico del paciente es difícil caracterizar las complicaciones.

La resonancia magnética (RM), no se sugiere como estudio de imagen inicial debido al costo, la falta de disponibilidad, el mayor tiempo de adquisición y menor número de profesionales familiarizados con el método. Si bien la RM tiene una sensibilidad y especificidad similar a la ecografía, por lo dicho anteriormente sólo se considera una alternativa útil en aquellos pacientes con exploración difícil por US. Ofrece una mejor visualización de las anomalías del árbol biliar y caracterización de las complicaciones, como la hemorragia en este caso.

El tratamiento de elección es la intervención quirúrgica urgente, por laparoscopia o laparotomía. En caso de haber contraindicaciones para la cirugía se puede realizar la embolización transcáteter con colecistectomía programada, en ambos casos en combinación con el tratamiento antibiótico.

En nuestro caso el paciente no estaba anticoagulado ni tenía ningún factor de riesgo, por lo que se realizó colecistectomía por laparoscopia y antibioticoterapia, sin complicaciones posteriores.

Consentimiento para la publicación. Para la confección de este manuscrito, se utilizaron datos anonimizados que no han distorsionado su significado científico.

Propiedad intelectual. Los autores declaran que los datos y las figuras presentes en el manuscrito son originales y se realizaron en sus instituciones pertenecientes.

Financiamiento. Los autores declaran que no hubo fuentes de financiación externas.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este artículo.

Aviso de derechos de autor

© 2022 *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la *Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0)*, la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Arias A J, Rodríguez L D, Salamida A y col.. Causa infrecuente de abdomen agudo biliar. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2022;52(2):288-289. <https://doi.org/10.52787/agl.v52i2.161>

Referencias

1. Bolívar-Rodríguez, Martín Adrián, Cázarez-Aguilar, Marcel Antonio, Fierro-López, Rodolfo, & Morales-Ramírez, Cristian. (2019). Colecistitis hemorrágica: reporte de caso y revisión de la literatura. *Revista de cirugía*, 71(1), 70-74. <https://dx.doi.org/10.4067/S2452-45492019000100070>
2. Pablo Calvo Espino, María Dolores Chaparro Cabezas, Elena Jiménez Cubedo, José Luis Lucena de la Poza, Víctor Sánchez Turrión. (2016) Colecistitis hemorrágica perforada. *Elsevier* Vol. 94. Núm. 2. páginas e35-e36. DOI: [10.1016/j.ciresp.2015.03.016](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2015.03.016)
3. Yam MKH, Sim SW, Tam KY, Li YL. A 51-year-old female presenting with shock due to hemorrhagic cholecystitis. *Radiol Case Rep*. 2020 Oct 6;15(12):2547-2549. doi: [10.1016/j.radcr.2020.09.045](https://doi.org/10.1016/j.radcr.2020.09.045). PMID: 33082895; PMCID: PMC7553886.
4. Kwon JN. Hemorrhagic cholecystitis: report of a case. *Korean J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2012 Aug;16(3):120-2. doi: [10.14701/kjhbps.2012.16.3.120](https://doi.org/10.14701/kjhbps.2012.16.3.120). Epub 2012 Aug 31. PMID: 26388920; PMCID: PMC4575003.
5. Parekh J, Corvera CU. Colecistitis hemorrágica. *Arch Surg*. 2010; 145 (2): 202-204. doi: [10.1001 / archsurg.2009.265](https://doi.org/10.1001/archsurg.2009.265)