

Hemocolecisto primitivo con hemobilia por colecistitis hemorrágica

Dres. Jorge W. Baldizán, Alberto Estefan, Winston Abascal
y Luis M. Falconi

Presentación de un caso de hemocolecisto primitivo con hemobilia por colecistitis hemorrágica. A propósito de la observación se realizan consideraciones de diagnóstico y tratamiento de esta rara complicación de la litiasis vesicular.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Gall bladder diseases biliary tract diseases.

Fliessinger y col. en 1938 (4), denominaron como hemocolecisto a la presencia de sangre dentro de la vesícula biliar. De acuerdo con R. Praderi y cols. (8), entendemos como hemocolecisto primitivo cuando la hemorragia es de origen vesicular, a diferencia del secundario en el que la sangre proviene de la VBP a través de un cístico permeable o una fistula vesico-biliar. En el hemocolecisto primitivo, cuando el cístico se mantiene permeable puede producirse el pasaje de la sangre hacia la VBP. Se genera así un síndrome anatomo-clínico, denominado hemobilia por Sandblom (9), caracterizado en su forma típica por ictericia, dolor y hemorragia digestiva.

La presente observación tiene la particularidad de ser una forma inusual de presentación de una colecistopatía aguda litiásica: colecistitis hemorrágica con hemocolecisto y hemobilia. Esto justifica su comunicación como demostración de la rica variedad de la patología biliar.

OBSERVACION CLINICA

Hospital Maciel. Clínica Quirúrgica "3". Nº Registro: 00228. P.R.C. 55 años. Sexo masculino.

Ingresa el 6 de noviembre de 1976 por cuadro agudo de abdomen aparecido luego de una ingesta abundante de excitobiliares y caracterizado por dolor intenso en epigastrio e HD de tipo cólico, distensión abdominal, ictericia y coluria.

A.P. 3 meses antes episodio similar al actual, que retrocedió completamente luego del tratamiento con

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 27 de julio de 1977.

Residente de Cirugía, Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar y Anatomopatólogo del H. Italiano.

Dirección: Ariosto 260, Montevideo. (Dr. Baldizán).

Clínica Quirúrgica "3" (Prof. R. Praderi). Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

analgésicos y antiespasmódicos. La colangiografía oral efectuada una vez que hubo retrocedido el cuadro mostró ausencia de colecistograma.

Examen: Ictericia intensa de piel y mucosas. Apirético. Hepatomegalia regular. Vesícula muy distendida y dolorosa sin defensa ni contractura.

Tratado con analgésicos, antiespasmódicos y antibióticos, el paciente mejora parcialmente: retrocede la ictericia, pero persiste la vesícula distendida y dolorosa, por lo que se decide su intervención.

Intervención (11-XI-76): Anestesia general. Incisión transversa de HD. Vesícula distendida y a tensión. VBP de 2 cms. de diámetro. Duodenopáncreas: normal. Punción vesicular con trocar grueso: se obtiene sangre oscura.

Colecistotomía: gran cantidad de coágulos y discreta cantidad de sangre roja rutilante. Numerosos cálculos grandes y medianos. Cístico permeable por el que fluye sangre oscura proveniente de la VBP.

Colangiografía transcística: Hepatocolédoco dilatado. Imagen radiolúcida groseramente ovoidea a gran eje vertical de bordes bien delimitadas, supra y retroduodenal. Reflujo wirsungiano. Buen pasaje papilar del medio de contraste.

Coledocotomía longitudinal: se comprueba que la imagen de la colangiografía corresponde a un gran coágulo que se encuentra moldeado por el colédoco y que se extrae íntegro con una pinza Randall. No se encuentran cálculos en la VBP.

Colecistectomía y coledocostomía sobre tubo de Kehr. Drenaje subhepático. Cierre parietal por planos.

Evolución postoperatoria: sin incidentes. Alta a los 10 días.

Colangiografía a los 15 días demuestra VBP expedita, con buen pasaje papilar. Se retira el tubo de Kehr a los 25 días.

Anatomía patológica (Dr. Falconi). Vesícula biliar abierta de 11 x 6 cm. Serosa congestiva y hemorrágica. Pared edematosa con áreas hemorrágicas. Espesor máximo de 6 mm. Mucosa granulosa, hemorrágica y ulcerada. Contiene en la luz abundantes coágulos que ocupan la totalidad de la cavidad. Microscópicamente se observan fragmentos de vesícula biliar con áreas de ulceración de la mucosa, con un tejido de granulación de organización, telangiectásicos y en contacto con ulceraciones. Focos parietales y además intensa congestión venosa parietal. Es una *colecistitis obstructiva subaguda hemorrágica*.



FIG. 1.—Colangiografía operatoria. Se ve el coágulo en el colédoco.

COMENTARIO

La patología litiásica es la causa más frecuente de hemocolecisto (1, 2, 5, 6, 8). En algunos casos, como en el que presentamos, la hemorragia se debe a una colecistitis aguda de tipo hemorrágico. Ha sido señalado el tratamiento con anticoagulantes y la hipertensión arterial como causas favorecedoras (8). En otros casos la hemorragia se produce por erosión de la arteria cística por un cálculo enclavado en el bacinete. La patología neoplásica es la segunda causa en frecuencia de hemocolecisto primitivo (1, 3, 7, 10).

Una vez iniciada la hemorragia el cuadro puede evolucionar en formas diversas. Si la vesícula permanece obstruida puede sobrevenir la hemostasis espontánea, presentándose como un hemocolecisto puro. Si la hemorragia es intensa y mantenida, puede distenderse la vesícula hasta llegar a su ruptura volcando su contenido en el peritoneo (hemoperitoneo). Por el contrario si el cístico está permeable, la sangre pasa a la VBP originando una hemobilia como en el caso que nos ocupa. En nuestra observación, la obstrucción del colédoco por un

coágulo compacto que ocupaba casi toda su luz, fue la causa de la ictericia. La colangiografía operatoria obtenida es un documento poco frecuente de una hemobilia. No podemos precisar si la ictericia que el paciente presentó en su ingreso anterior fue debida a otro coágulo o a la migración de un cálculo, pero en el acto operatorio no se encontraron cálculos en la VBP.

El procedimiento realizado fue la colecistectomía y evacuación del colédoco previo estudio colangiográfico. Creemos que el mismo fue eficaz y oportuno, ya que mediante la colecistectomía se realizó al mismo tiempo: hemostasis adecuada mediante resección del órgano patológico generador de la hemorragia y profilaxis de su ruptura con hemoperitoneo. La coledocotomía permitió evacuar el coágulo que determinaba su obstrucción.

RESUME

Hemo-cholecyste primitif avec hemobilie du a une cholecystite hemorragique

Présentation d'un cas d'hémocholécyste primitif avec hémobilie dû à une cholecystite hémorragique.

Considérations relatives au diagnostic et au traitement de cette rare complication de la lithiase vésiculaire.

SUMMARY

Primitive hemocholecyst with hemobilia due to hemorrhagic cholecystitis

The authors refer to a case of primitive hemocholecyst with hemobilia due to hemorrhagic cholecystitis. The case is discussed with reference to diagnosis and treatment of this rare complication of cholelithiasis.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BISMUTH H, HERNANDEZ C, HEPP J. Les hemobilias d'origine vesiculaire. *An Chir*, 20: 376, 1966.
2. CERCKEZ E. Hemobilias par cholecystite aigue calculeuse. *Lyon Chir*, 59: 525, 1963.
3. FAURE G, MAUPIN J, BARBIER H. Hemobilie et hemoperitone aigus par cancer de la vesicule. *J Chir*, 98: 529, 1969.
4. FIESSINGER N, BERGERET A, LEVEUF J. Hemocholecysts. *Rev Gastroenterol*, 5: 383, 1938.
5. HUDSON P, JOHNSON P. Hemorrhage from the gallblader. *New Eng J Med*, 234: 438, 1946.
6. MIGUET M. Les hemobilias d'origine vesiculaire. *Lyon Chir*, 61: 431, 1965.
7. PATEL J, ROBIN B. Hemobilie et hemocholecyste aigue par cancer de la vesicule. *Presse Med*, 76: 577, 1968.
8. PRADERI R, MATE M, GREZZI R. Hemocolecisto primitivo. A propósito de 7 observaciones. *Cir Urug*, 42: 424, 1972.
9. SANDBLOM P. Hemorrhage into the biliary tract following trauma. "Traumatic Haimobilia" *Surgery*, 24: 571, 1948.
10. STHAL W. Gastro-intestinal tract hemorrhage due to gallbladder disease. *N Eng J Med*, 260: 471, 1959.