

# HEMOPERITONEO SECUNDARIO A ROTURA ESPONTÁNEA DE LA VESÍCULA BILIAR

M.J. Rodríguez-Sicilia<sup>1</sup>, B. Benítez-Rodríguez<sup>2</sup>, P. De La Torre Rubio<sup>1</sup>, J. De Teresa-Galván<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

<sup>2</sup>Hospital Juan Ramón Jiménez. Huelva.

## Resumen

La rotura vesicular espontánea es una patología muy infrecuente, aún más si además asocia hemoperitoneo masivo. Para su diagnóstico habitualmente es necesaria la realización de laparotomía exploradora. Presentamos un varón de 45 años con cirrosis enólica con importante afectación de la coagulación que ingresa por shock hipovolémico y dolor abdominal sin antecedente traumático. El TC abdominal muestra hemoperitoneo. Se realiza laparotomía exploradora apreciando rotura de vesícula biliar y litiasis biliar libre en el peritoneo.

**Palabras clave:** Vesícula biliar, rotura espontánea, hemoperitoneo.

## Abstract

The spontaneous rupture of the gallbladder is an extremely rare disease, even more if it also associates massive hemoperitoneum. For its diagnosis it is usually necessary to perform exploratory laparotomies. We present the case of a 45-year-old man with alcoholic cirrhosis and significant involvement of coagulation, who is admitted with hypovolemic shock and abdominal pain without history of trauma. The abdominal CT scan performed

showed hemoperitoneum. The patient underwent a exploratory laparotomy through which we observed the perforation of the gallbladder and gallstones in the peritoneum.

**Keywords:** Gallbladder, spontaneous rupture, hemoperitoneum.

## Introducción

La rotura espontánea de la vesícula biliar es un hallazgo muy poco frecuente, reduciéndose aún más los casos en los que asocia hemoperitoneo masivo<sup>1, 2</sup>. Desde 1858 se han descrito menos de 50 casos de perforaciones espontáneas de la vesícula biliar. Las causas más frecuentes de rotura vesicular son el traumatismo cerrado<sup>3</sup> ó yatrógeno y la colecistitis aguda. Por lo general el diagnóstico no es clínico, y son necesarias pruebas complementarias para el diagnóstico, llegando habitualmente al diagnóstico definitivo mediante la laparotomía exploradora.

## Caso Clínico

Varón de 45 años con cirrosis hepática enólica Child Pugh C-12 y enolismo activo que había sido dado de alta una semana antes por hemorragia digestiva alta secundaria a gastropatía de la hipertensión portal (HTP) y bulbitis péptica severa, descompensación hidrópica, encefalopatía hepática grado II e insuficiencia renal aguda resuelta. En dicho ingreso se le realizó ecografía abdomina informada como: vesícula poco distendida, de paredes engrosadas en relación con su hepatopatía crónica, con pequeñas litiasis sin otros signos inflamatorios. Vía biliar intra y

### CORRESPONDENCIA

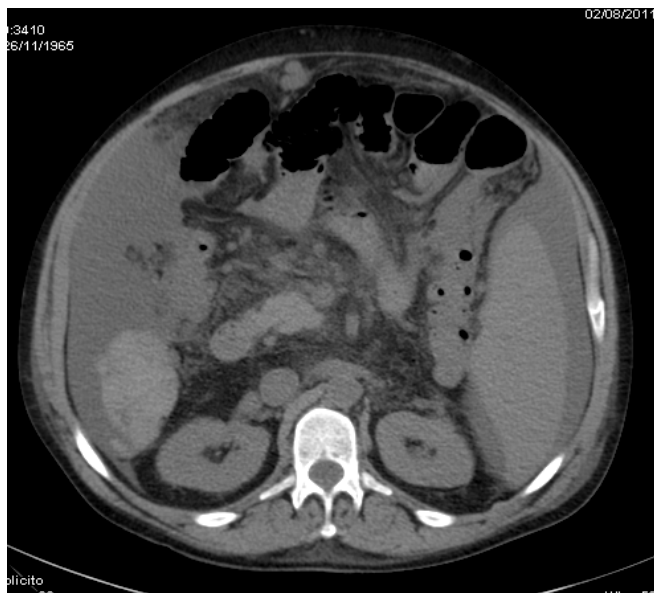
Maria José Rodríguez Sicilia

Servicio Aparato Digestivo Hospital Virgen de las Nieves

Avenida de las Fuerzas Armadas, 2 - 18014 Granada

Teléfono: 958 020 134

mjrodriguezsicilia@gmail.com

**Figura 1**

Tomografía computarizada: hemoperitoneo en el espacio hepatorenal derecho.

extrahepática no dilatada. Ascitis abundante. Conclusión: Cirrosis hepática con marcados signos de HTP.

Acude a Urgencias por cuadro de shock hipovolémico con cifras de Tensión arterial: 85/49 mmHg y Fc 100 spm, refiriendo en las 24 horas previas cuadro de distensión y dolor abdominal difuso sin fiebre. Tanto el paciente como su familia niegan traumatismo previo. A la exploración física destaca mal estado general, ictericia cutáneo-mucosa. Abdomen distendido, doloroso a la palpación de forma difusa y signos de irritación peritoneal. En la analítica destaca: Hemoglobina 5.8mg/dl, VCM 89.6, 42.000 plaquetas, 12.230 leucocitos con 88.6% de PMN, urea 81, creatinina 3.12. Coagulación con INR 3.2, AP 19.8%. Se realizó TC abdomen c/c iv que mostraba: hemoperitoneo a nivel de espacio hepato-renal derecho y Douglas y signos de HTP (Figura 1). Se realiza paracentesis diagnóstica apreciándose salida de líquido hemático. Ante estos hallazgos se decide realizar una laparotomía exploradora apreciando cirrosis hepática con HTP y esplenomegalia. Se aspiran 3 litros de ascitis hemorrágica con cálculos biliares de 3-4mm flotando en ella, perforación de más de un centímetro en la pared de la vesícula sin signos de colecistitis aguda. La anatomía patológica de la pieza quirúrgica reveló colecistitis crónica leve.

## Discusión

La rotura de la vesícula biliar es cuadro clínico muy infrecuente, cuando además se asocia a hemoperitoneo, se convierte en una complicación clínica extremadamente rara. Las causas más frecuentes de rotura vesicular son el traumatismo cerrado<sup>3</sup> ó yatrógeno durante actos quirúrgicos (lavados peritoneales, punciones de biopsias hepáticas) y la colecistitis aguda. Además se han descrito de forma más excepcional casos asociados a neoplasia de la vesícula, patología cardiovascular hipertensiva o

arterioesclerótica, varices en el lecho vesicular en cirrosis hepática ó a exceso de anticoagulación asociado a litiasis biliar y a colecistitis crónica<sup>4</sup>. Existen varios factores que predisponen a la rotura de la vesícula biliar: distensión vesicular postprandial, vesícula normal con pared fina, aumento de la presión en la vía biliar, alcoholismo<sup>5</sup>. Este último es un factor de riesgo importante pues se relaciona con la distensión de la vesícula biliar (a mayor distensión mayor riesgo de rotura). El diagnóstico no suele alcanzarse mediante la clínica y son necesarias pruebas complementarias para diagnosticarla. La paracentesis diagnóstica puede ser útil si se detecta bilis en el líquido peritoneal pero su ausencia no descarta la existencia de rotura vesicular. En nuestro caso se obtuvo líquido hemático que confirmaba el hemoperitoneo, pero no bilis. En el TC los hallazgos pueden ser inespecíficos<sup>6</sup>, aunque se debe sospechar rotura ó perforación de la vesícula biliar cuando se detecte alguno de los siguientes hallazgos:

- Contornos irregulares de la vesícula biliar.
- Engrosamiento de la pared de la vesícula biliar.
- Contenido hiperdenso tanto intraluminal como extraluminal (hemobilia).
- Vesícula contraída en paciente en ayunas.

No obstante, es la laparotomía exploradora la que habitualmente permite llegar al diagnóstico definitivo.

El tratamiento de la mayoría de las roturas vesiculares es quirúrgico mediante la realización de colecistectomía. No está recomendada la sutura simple de la perforación por elevada probabilidad de fuga biliar<sup>5,7</sup>.

La supervivencia en esta patología ha mejorado a lo largo del tiempo gracias a los avances terapéuticos y en los medios quirúrgicos en la asistencia médica urgente.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lefevre A, Vanclooster P, de Gheldere C et al. Focal Transmural necrosis of the gallbladder with bleeding resulting in massive haemoperitoneum. *Acta Chir Belg* 1998; 98: 113-115.
2. Garmendi P.M, Arbella M, Aguilera B. Hemoperitoneo masivo consecutivo a perforación espontánea de la vesícula biliar. A propósito de un caso de muerte súbita. *Cuadernos de Medicina Forense* 2002; 28: 37-41.
3. Sharma. Blunt gallbladder injuries: twenty two cases with review of literature. *Journal of trauma* 1993; 39: 576-80.
4. Laconi P, Reginato E. Spontaneous rupture of the gallbladder and haemoperitoneum in patient with cardiac valve protheses. *Ital J Gastroenterol* 1991; 23: 426-428.
5. Chen X, Talner L, Jurkovich G. Gallbladder avulsion due to blunt trauma. *AJR* 2001; 177: 802.

6. Abadal JM, Alba de Cáceres I, Álvarez MJ, Hernández A. Rotura vesicular secundaria a traumatismo abdominal cerrado. Radiología 2002; 44 (6): 265-267.

7. Hogue RJ, Munnell ER: Traumatic rupture of the gallbladder. Am Surg 1963; 29: 155