

CASOS CLÍNICOS

PERFORACIÓN DE LA VESÍCULA BILIAR: UNA COMPLICACIÓN RARA DE LA COLECISTITIS AGUDA.

PERFORATION OF THE GALLBLADDER: A RARE COMPLICATION OF ACUTE CHOLECYSTITIS.

Pérez Naranjo P, Revelles Paniza M, Garrido Márquez I, Garrido Pareja F

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.

Resumen

Caso clínico: mujer de 85 años acude a Urgencias con cuadro clínico de dolor abdominal con fiebre asociado a leucocitosis de casi 47.000 /mm³, a la que se realizó una Tomografía Computarizada con diagnóstico final de colecistitis aguda perforada complicada con abscesos perivesiculares e intrahepáticos.

Discusión: La perforación de la vesícula biliar es una complicación rara de la colecistitis aguda que se asocia a una mortalidad relativamente alta de hasta el 70%. Los síntomas y signos clínicos pueden ser indistinguibles de los de la colecistitis aguda no complicada, lo que lleva a un diagnóstico tardío, con muy mal pronóstico.

Conclusiones: El diagnóstico precoz de la perforación de la vesícula biliar y la intervención quirúrgica inmediata son de crucial importancia debido a la alta mortalidad que conlleva.

Palabras clave: colecistitis aguda complicada, perforación vesícula biliar, abscesos hepáticos.

Abstract

Clinical case: 65-year-old male who goes to the emergency department due to clinical symptoms of abdominal pain with a fever associated with leukocytosis of almost 47,000 / mm³, who underwent a Computerized Tomography with final diagnosis of acute perforated cholecystitis complicated by perivesicular and intrahepatic abscesses.

Discussion: Perforation of the gallbladder is a rare complication of acute cholecystitis that is associated with a relatively high mortality of up to 70%. The clinical symptoms and signs may be indistinguishable from those of uncomplicated acute cholecystitis, leading to a late diagnosis, with a very poor prognosis.

Conclusions: The early diagnosis of gallbladder perforation and immediate surgical intervention are of crucial importance due to the high mortality that it entails.

Keywords: complicated acute cholecystitis, gallbladder perforation, liver abscesses.

Introducción

La perforación de la vesícula biliar es una complicación rara pero potencialmente mortal de la colecistitis aguda. Este cuadro raramente se diagnostica preoperatoriamente, pero un alto índice de sospecha y con el apoyo de los diferentes procedimientos diagnósticos de imagen, tales como la ecografía o la TC abdominal con contraste intravenoso, se puede llegar a un diagnóstico precoz adecuado, debido a que

CORRESPONDENCIA

Paula Pérez Naranjo
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18014 Granada
paula.perez.naranjo@gmail.com

Fecha de envío: 07/09/2020

Fecha de aceptación: 10/10/2020

un retraso en el mismo puede conllevar a un aumento significativo de la morbimortalidad. Sin embargo, el diagnóstico definitivo siempre será quirúrgico y confirmado durante la laparotomía.

Descripción

Se presenta el caso de una paciente mujer de 85 años de edad que consultó al servicio de urgencias por cuadro de dos días de evolución de dolor abdominal generalizado asociado a malestar general y fiebre termometrada de hasta 42 °C.

Entre sus antecedentes personales destaca una sepsis por *B. theta* en diciembre de 2019 por episodio de colecistitis aguda litiasica que fue tratada de manera conservadora con antibioterapia.

En el examen físico se evidenció un abdomen distendido, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho pero sin signos de irritación peritoneal.

Análíticamente destacó: creatinina 1,1 mg/dl, bilirrubina total 1.97 mg/dl, GOT 127 U/L, GPT 71 U/L, GGT 72 U/L, FA 199 U/L, LDH 370 U/L, proteína C reactiva 329.3 mg/dl, proteínas 5,6 g/dl y albúmina 2,8 g/dl, ferritina 1102,5, NT-proBNP 14320. El hemograma presenta importante leucocitosis (46.950/mm³) con neutrofilia (neutrófilos 93%). Coagulación dentro de los límites normales, excepto Dímero D de 3,25 mg/dl.

La radiografía de tórax y abdomen fueron normales.

Ante la clínica aguda y la discordancia entre la exploración física y la historia clínica se llevó a cabo de urgencias una tomografía computarizada (TC) abdominopélvica con contraste intravenoso donde se evidenció a nivel de hipocondrio derecho importantes cambios inflamatorios consistentes en distensión de la vesícula biliar con marcado engrosamiento parietal, rarefacción de la grasa perivesicular y discontinuidad de la pared a nivel del fundus donde se identifica pequeña colección en continuidad. Estos hallazgos se asocian con colecciones intrahepáticas de distribución perivesicular a nivel de los segmentos V, VIII y VII hepáticos. Ante estos hallazgos se llegó al diagnóstico de colecistitis aguda evolucionada complicada con perforación y formación de abscesos perivesiculares (Figura 1).

La paciente ingresó a cargo del Servicio de Cirugía General y ante la inestabilidad clínica de la paciente en un primer tiempo se solicitó de urgencias un drenaje percutáneo guiado por ecografía por parte de radiología vascular intervencionista, llevando a cabo una colecistostomía con colocación de catéter de drenaje de 12 Fr, donde se drenó en el acto unos 150 cc de contenido denso (Figura 2). Se cursó una muestra para cultivo, que resultó positivo para *Klebsiella pneumoniae*, *Citrobacter braaki* y *Streptococcus grupo viridans*.

Al 12º día de su ingreso tras la adecuada evolución clínica se llevó a cabo de manera programada en un segundo tiempo, retirada del catéter de drenaje y colecistectomía por laparotomía junto con resección hepática en segmento V (lecho vesicular y absceso hepático).

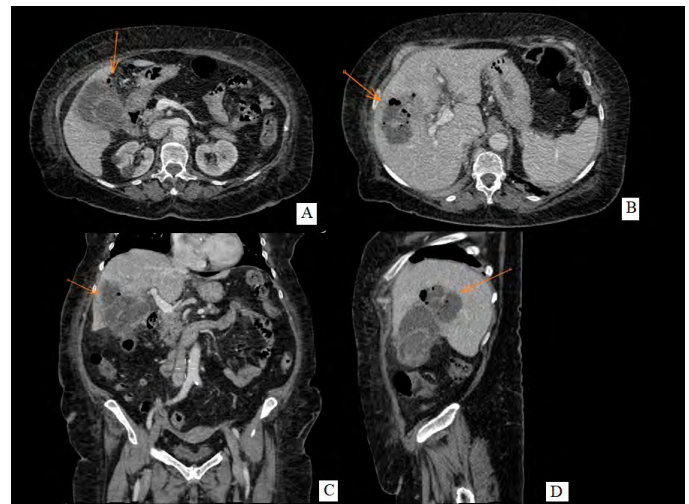


Figura 1

TC abdominopélvica con contraste intravenoso iodado en fase portal. Las imágenes de TC muestran la vesícula biliar desestructurada con engrosamiento parietal, rarefacción de grasa perivesicular y perforada a nivel del fundus con colección en continuidad, hallazgos compatibles con perforación vesicular tipo II. Se asocian varias lesiones hipodensas e hipocaptantes, con alguna burbuja de aire en su interior, en el parénquima hepático de localización perivesiculares en relación con abscesos intraparenquimatosos, localizados en vecindad con la parte superior de la vesícula.

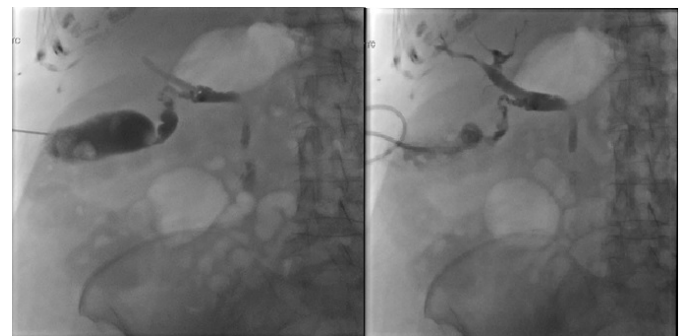


Figura 2

Colocación catéter de colecistostomía.

El TC abdominopélvico de control a los 9 días postoperatorios mostraba cambios postquirúrgicos con marcada reducción de tamaño del absceso hepático situado en el segmento VIII, el cual presenta menor componente líquido y mayor componente aéreo posiblemente por instrumentación (catéter de drenaje ya retirado tras la cirugía).

Tras la adecuada evolución clínica de la paciente y sin presencia de complicaciones postoperatorias fue dada de alta al 23º día tras su ingreso a cargo de Cirugía General.

Discusión

La perforación de la vesícula biliar es una complicación rara pero potencialmente mortal de la colecistitis aguda¹, que ocurre en aproximadamente el 3% de los casos de colecistitis aguda, y generalmente se asocia con la presencia de cálculos².

La tasa de mortalidad está en torno al 12-16%³ y la incidencia de la perforación de la vesícula biliar aumenta en el sexo masculino, la raza hispana y a partir de los 60 años de edad⁴.

En 1934 Niemeier^{1,2,3,5} clasificó la perforación de la vesícula biliar en tres categorías: tipo I o perforación aguda con peritonitis generalizada, tipo II o perforación subaguda con formación de abscesos y peritonitis generalizada y tipo III o perforación crónica con formación de fístula bilio-biliar o bilio-entérica.

La principal diferencia entre la perforación tipo I y la tipo II consiste en que en las tipo I se basan en un diagnóstico clínico apoyado en las técnicas por imagen y su tratamiento suele ser relativamente sencillo, en forma de colecistectomía o colecistostomía de urgencia. En el caso de las perforaciones tipo II son casos más complejos debido a la cronicidad del cuadro por lo que existe falta de consenso dentro de la literatura publicada sobre el tratamiento más adecuado a llevar a cabo. Además, este tipo de perforación vesicular ocurren en pacientes mayores con mayor número de comorbilidades, por ello es cuestionable una actitud más conservadora entre las diferentes opciones de tratamiento⁵.

En el caso de las perforaciones tipo II los avances en las diferentes técnicas de imagen han permitido un diagnóstico preoperatorio más eficiente, facilitando la planificación del tratamiento adecuado⁵.

La patogénesis es multifactorial siendo la causa más frecuente la obstrucción del cístico (con mayor frecuencia por una litiasis)^{2,6} que provoca un aumento de la presión intraluminal debido a la secreción luminal retenida. Este aumento de presión impide un adecuado drenaje venoso y linfático causando compromiso vascular de la pared vesicular produciendo edema, isquemia y finalmente gangrena de la misma, que conduce a la necrosis y por consiguiente a la perforación de la vesícula biliar. El fundus vesicular, como en nuestro caso, es el sitio más común de perforación al tratarse de la parte más distal con respecto al suministro de sangre¹.

Además, de la colelitiasis y la infección, son factores predisponentes de la perforación los tumores malignos, traumatismos, fármacos (corticoides) y enfermedades sistémicas tales como la diabetes mellitus y la cardiopatía aterosclerótica².

La diferenciación clínica entre la perforación de la vesícula biliar y la colecistitis no complicada a menudo puede ser difícil porque la fuga de bilis de una vesícula perforada podría estar contenida en la fosa peritoneal perivesicular y, por lo tanto, podría no producir síntomas de irritación peritoneal de inmediato².

En este contexto clínico la presencia de abscesos perivesiculares es infrecuente, siendo su prevalencia muy variable entre 2,1% y 19,5%. Se clasifican también en tres tipos: tipo I es el más común, localizado adyacente a la vesícula biliar, predominantemente al fundus; tipo II el absceso es intramural; y tipo III, en el que el absceso se encuentra intraperitoneal⁷.

Los hallazgos tanto por ecografía como por TC tras la perforación vesicular por cuadro de colecistitis evolucionada son vesícula distendida, engrosamiento parietal, líquido perivesicular, siendo en el TC mayor la precisión a la hora de detectar defectos de

la pared vesicular y complicaciones asociadas tales como colecciones líquidas perivesiculares o abscesos. La sensibilidad de la TC en el diagnóstico de la perforación vesicular es del 89% lo que hace que se recomiende su uso en el diagnóstico de esta patología⁸.

Con respecto al tratamiento la colecistectomía, el drenaje del absceso si está presente y el lavado abdominal suelen ser suficientes para tratar la perforación de la vesícula biliar¹. La colecistectomía puede ser difícil en las perforaciones de vesícula biliar tipo III, siendo necesario procedimientos quirúrgicos adicionales como la reparación de fístulas asociadas. Los abscesos perivesiculares tipos I y II pueden tratarse de forma conservadora con antibióticos asociados o no a drenaje percutáneo; en cambio el tipo III requiere cirugía urgente debido a la alta mortalidad asociada^{6,7}. En nuestro caso la paciente tenía una perforación vesicular tipo II asociada a un absceso tipo I pero hubo que recurrir a la colecistostomía urgente por el empeoramiento y el estado de sepsis.

En conclusión, el diagnóstico precoz del tipo de perforación de la vesícula biliar ayudará a identificar el tratamiento más eficaz a llevar a cabo en cada paciente de manera individualizada gracias al avance en los diferentes procedimientos diagnósticos de imagen.

Bibliografía

1. Derici H, Kara C, Bozdogan AD, Nazli O, Tansug T, Akca E. Diagnosis and treatment of gallbladder perforation. *World J Gastroenterol.* 2006;12(48):7832-7836. doi:10.3748/wjg.v12.i48.7832.
2. Khan SA, Gulfam, Anwer AW, Arshad Z, Hameed K, Shoaib M. Gallbladder perforation: a rare complication of acute cholecystitis. *J Pak Med Assoc.* 2010;60(3):228-229.
3. Agarwal, V., Kumar, D., Kumar, A. y Jain, A., 2015. Un caso raro de perforación de la vesícula biliar en la colecistitis acalculosa aguda. *Sri Lanka Journal of Surgery*, 33 (2), págs. 41–43. DOI: <http://doi.org/10.4038/sljs.v33i2.8154>.
4. Stefanidis D, Sirinek KR, Bingener J. Gallbladder perforation: risk factors and outcome. *J Surg Res* 2006; 131(2):204-8.
5. Ravindra S. Date, Sri G. Thrumurthy, Sigrid Whiteside, Mohammed A. Umer, Kishore G. Pursnani, Jeremy B. Ward, M. Muntzer Mughal. Gallbladder perforation: Case series and systematic review. *International Journal of Surgery.* 2012; 10 (2): 63-68.
6. Selfa Muñoz A, Del Pilar López Segura R, Ruiz Escolano E, Eisman Hidalgo M, Palacios Perez A, Salmeron Escobar F.J. Perforación vesicular y absceso hepático secundarios a colecistitis aguda gangrenosa. *RAPD.* 2011; 34 (6): 365-367.
7. Takada T, Yasuda H, Uchiyama K, et al. Pericholecystic abscess: classification of US findings to determine the proper therapy. *Radiology* 1989; 172:693-697.
8. Morris BS, Balpande PR, Morani AC, et al. The CT appearances of gallbladder perforation. *Br J Radiol* 2007; 80(959):898-901.