

**HOSPITAL GENERAL DOCENTE
"GUILLERMO DOMÍNGUEZ"
LAS TUNAS**

Lesión traumática de vesícula biliar. Presentación de un caso

Traumatic injury of gallbladder. One case presentation

Alejandro Ramírez Batista^I, Eduardo Kedisobua Djomaly^{II}, Fidel Julián Ramírez Batista^{III}.

RESUMEN

Introducción: las lesiones de las vías biliares extrahepáticas tienen una incidencia muy baja y constituyen un grupo de enfermedades extremadamente raras debido a la situación anatómica de estos órganos. Pueden ser iatrogénicas en un 95% de los casos y sólo un 5% son atribuibles a traumas que afectan las vías biliares en la siguiente proporción: la vesícula biliar 3-5%, y las vías biliares 0,5% de los casos.

Objetivo: presentación de un caso con de lesión traumática de la vesícula biliar por arma blanca.

Presentación del caso: paciente masculino, de raza negra y 17 años de edad, que acude por presentar herida por arma blanca en abdomen. Al examen físico, se encuentra herida de 4 cm en la región del epigastrio, a dos centímetros a la derecha de la línea media; por dicha herida aparece expuesto el epiplón. Se realiza laparotomía y se encuentra lesión traumática de la vesícula biliar.

Discusión: el diagnóstico de las lesiones traumáticas de la vesícula y los conductos biliares es, generalmente, difícil de plantear antes de llevar a efecto la laparotomía, puesto que el cirujano presume, de una parte, la lesión del hígado y, de otra, las lesiones asociadas de otras vísceras de la cavidad que no le permiten establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos.

Conclusiones: se indicó la colecistectomía –proceder no complejo– ya que el paciente no presentó lesiones de otros órganos intrabdominales, y su evolución fue satisfactoria. A pesar que en algunos casos pudieran presentarse complicaciones, no es lo más frecuente.

Palabras clave: VESÍCULA BILIAR/cirugía, HERIDAS Y TRAUMATISMOS, COLECISTECTOMÍA.

ABSTRACT

Introduction: injuries extrahepatic bile ducts have a very low incidence and are a group of extremely rare diseases due to the anatomical location of these organs. They may be iatrogenic in 95% of cases, while only 5% are attributable to trauma affecting the bile ducts in the following ratio: 3-5% the gallbladder, and bile ducts in a 0,5% of cases.

Objective: to report a case of gallbladder traumatic injury by stab.

Case report: a male patient, who is black and 17 years old, attended to present stab wound to the abdomen. On physical examination, there is 4 cm wound in the epigastric region, two centimeters to the right of the midline; by that wound the omentum appears exposed. Laparotomy is performed finding traumatic injury gallbladder.

Discussion: the diagnosis of traumatic lesions of the gallbladder and bile ducts is generally difficult to ask before giving effect to laparotomy, since the surgeon assumes the one hand, liver injury and, secondly, the injuries associated to other visceral cavity that do not allow to establish the diagnosis in most cases.

Conclusions: cholecystectomy was indicated –as a not complex proceeding– because the patient had no other intra-abdominal organ injuries, and his evolution was satisfactory. Although in some cases complications may arise, it's not the most common.

Keywords: GALLBLADDER/surgery, WOUNDS AND INJURIES, CHOLECYSTECTOMY.

- I. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de II Grado en Cirugía Pediátrica. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Asistente. Hospital General Docente "Guillermo Domínguez". Puerto Padre, Las Tunas, Cuba.
- II. Especialista de I Grado en Cirugía General. Hospital Provincial General de Benguela. República Popular de Angola.

III. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Profesor Asistente. Hospital Provincial General Docente "Dr. Antonio Luaces Iraola". Ciego de Ávila. Cuba.

INTRODUCCIÓN

Los traumatismos abdominales se clasifican en abiertos o cerrados, en base a que se respete o no la integridad del peritoneo y la cavidad peritoneal se ponga en contacto o no con el medio externo. Un traumatismo abdominal abierto está definido por la solución de continuidad del peritoneo cuando existe contacto entre la cavidad peritoneal y el medio externo⁽¹⁾. Los traumatismos abdominales penetrantes habitualmente son debidos a heridas por arma blanca o heridas por arma de fuego y, más raramente, a lesiones accidentales por elementos punzo-cortantes.

Las lesiones de las vías biliares extrahepáticas tienen una incidencia muy baja y constituyen un grupo de dolencias extremadamente raras debido a la situación anatómica de estos órganos. Pueden ser iatrogénicas en un 95% de los casos y sólo un 5% son atribuibles a traumas que afectan las vías biliares en la siguiente proporción: la vesícula biliar 3-5%, y las vías biliares 0,5% de los casos⁽²⁻³⁾.

El diagnóstico de las lesiones traumáticas de la vesícula y los conductos biliares es, generalmente, difícil de plantear antes de llevar a efecto la laparotomía, puesto que el cirujano presume, de una parte, la lesión del hígado y, de otra, las lesiones asociadas de otras vísceras de la cavidad que no le permiten establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos.

En caso de trauma externo, abierto o cerrado, existen dos presentaciones para establecer el diagnóstico: una, cuando en la laparotomía se observa presencia de bilis en la cavidad peritoneal, lo cual obliga al cirujano a explorar la vía biliar; la otra, cuando se observa macroscópicamente la lesión del sistema biliar^(2,4).

Por lo infrecuente de estas lesiones, se presenta el caso de un paciente con lesión traumática de la vesícula biliar.

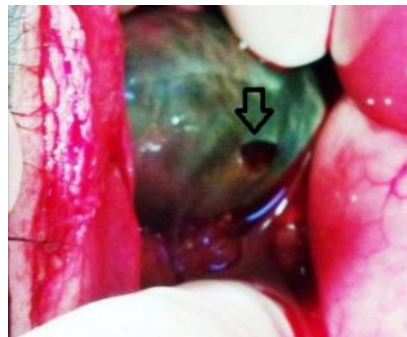
PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de raza negra y 17 años de edad, que llega al Banco de Urgencias de Cirugía del Hospital Provincial General de Benguela, República Popular de Angola; presente una lesión traumática abierta de abdomen, causada por arma blanca. Al examen físico, se encuentra una herida de 4 cm en región del epigastrio, a dos centímetros a la derecha de la línea media (Figura No.1); por dicha herida aparecía expuesto el epiplón. Previamente a la exploración quirúrgica, al paciente se le realizan exámenes de laboratorio y seguidamente se le traslada al salón de operaciones. En la cirugía se encuentra una lesión de 2 cm en la vesícula biliar (Figura No.2) y presencia de bilis en cavidad peritoneal.

Figura No. 1. Lesión de pared abdominal ya suturada.



Figura No.2. Lesión de la vesícula biliar, de 2 cm.



Se realiza colecistectomía y se le impone al paciente un tratamiento antibiótico con cefotaxima y metronidazol; su evolución es satisfactoria y egresa del hospital a los siete días. Se le realiza seguimiento por consulta externa, sin presentar complicaciones en el periodo postoperatorio.

DISCUSIÓN

Actualmente en las heridas por arma blanca se adoptan protocolos de actuación destinados a evitar en lo posible laparatomías innecesarias. Diversos estudios indican que las laparatomías en pacientes sin seleccionar son "blancas" hasta en un 60% de los casos y determinan un 15-20% de la morbilidad. Ello es debido a que un tercio de las heridas no penetran en la cavidad peritoneal y otro tercio lo hacen sin producir una lesión tratable desde el punto de vista quirúrgico^(1-2,5).

Las lesiones traumáticas de la vesícula biliar se clasifican en: contusión, perforación y avulsión, cuyo grado máximo sería la colecistectomía traumática. Se reconoce un cuarto tipo: la colecistitis traumática y la peritonitis biliar sin perforación. La contusión vesicular, en su evolución, podría dar lugar a la necrosis de la pared y a la perforación, en un período de tiempo que oscila entre dos días y tres semanas después del traumatismo^(4,6).

El mecanismo de producción de la lesión vesicular puede ser un traumatismo directo sobre el hipocondrio o fuerzas de aceleración-desaceleración bruscas (en la actualidad la causa más común en son los accidentes de tráfico). Factores predisponentes son la ingesta de alcohol o el estado de ayuno, por aumentar la producción de bilis y el tono del esfínter de Oddi.

La presentación clínica puede ser inmediata con síntomas tales como abdomen agudo y shock, o retardada –más de 24 horas después del traumatismo– con náuseas, vómitos, ictericia, dolor abdominal, fiebre, coluria y acolia. Son útiles exploraciones como la ecografía, la tomografía computarizada (TC), la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) o la gammagrafía. La ecografía y la TC ponen de manifiesto la presencia de líquido libre peritoneal; la TC, además, puede mostrar con claridad imágenes de mala definición de la pared vesicular^(1,5,7-9).

El tratamiento de elección es la colecistectomía; se han propuesto otros, como la colecistorrafia en perforaciones puntiformes sobre vesícula sana, o la colecistostomía en pacientes con otras lesiones asociadas severas que desaconsejen la realización de la colecistectomía^(4,10).

CONCLUSIONES

En el presente caso, se optó por realizar la colecistectomía –proceder no complejo– ya que el paciente no presentaba lesiones de otros órganos intrabdominales. A pesar que en algunos casos pudieran presentarse complicaciones, no es lo más frecuente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Usui A, Kawasumi Y, Hosokai Y, Saito H, Igari Y, Funayama M. Fatal intra-abdominal hemorrhage as a result of avulsion of the gallbladder: a postmortem case report. *Acta Radiol Short Rep* [Internet]. 2013 [citado 5 Dic 2013];2(2):2047981613482898. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3736968/>
2. Lee J, Miller P, Kermani R, Dao H, O'Donnell K. Gallbladder damage control: compromised procedure for compromised patients. *Surg Endosc* [Internet]. 2012 [citado 12 Dic 2013];26(10):2779-83. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00464-012-2278-4#>
3. Thomson BN, Nardino B, Gumm K, Robertson AJ, Knowles BP, Collier NA, Judson R. Management of blunt and penetrating biliary tract trauma. *J Trauma Acute Care Surg* [Internet]. 2012 [citado 11 Dic 2013];72(6):1620-5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22695431>
4. Coulier B, Maldague P, Pierard F. Spontaneous transhepatic rupture of the gallbladder with massive hemoperitoneum JBR-BTR [Internet]. 2012 [citado 11 Dic 2013];95(2):92-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22764665>
5. Ndour O, Moustapha H, Ndoeye NA, Ngom G. Isolated gallbladder perforation after blunt abdominal trauma in children. *Afr J Paediatr Surg* [Internet]. 2013 [citado 5 Dic 2014];10(1):41-2. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23519858>

6. Ekwunife CN, Ofoegbu JI. Isolated gallbladder perforation following blunt abdominal trauma: a missed diagnosis. Niger J Clin Pract [Internet]. 2013 [citado 11 Dic 2014];16(3):392-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23771469>
7. Epstein MG, da Silva DL, Elias NC, Sica GT, Fávoro ML, et al. Isolated rupture of the gallbladder following blunt abdominal trauma: case report. Einstein [Internet]. 2013 [citado 11 Dic 2014];11(2):227-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23843066>
8. Fernández Busot PA, Muñiz Escarpanter J, Bonachea Machado Y. Lesión de la vía biliar principal por trauma abdominal cerrado. Hospital Pediátrico Provincial Universitario "José Luis Miranda García". Acta Méd del Cent [Internet]. 2011 [citado 5 Dic 2013];5(4):[aprox. 3 p.]. Disponible en: http://www.actamedica.sld.cu/r4_11/via_biliar.htm
9. Hongo M, Ishida H, Naganuma H, Yoshioka H, Kasuya T, Niwa M. A case of gallbladder perforation detected by sonography after a blunt abdominal trauma. J Clin Ultrasound [Internet]. 2014 [citado 11 Dic 2014];42(5):301-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24151110>
10. Duan YF, Yang B, Zhu F. Traumatic rupture of a type IVa choledochal cyst in an adult male. World J Gastroenterol [Internet] 2013 Jun [citado 28 Dic 2013];19(24):3911-4. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23840134>

Recibido: 6 de mayo de 2014

Aprobado: 13 de octubre de 2015

MSc. Alejandro Ramírez Batista.
Hospital General Docente "Guillermo Domínguez López"
Carretera Delicias, Puerto Padre. Las Tunas, Cuba. CP.772010
Correo electrónico: aramirez@ltu.sld.cu