

## Presentación de Caso

### Perforación vesicular en un paciente mayor de 60 años.

**Autoras:** [Oscar Díaz Pi](#)\*, Reynaldo Rodríguez Varela\*, Miguel Enrique Rodríguez Rodríguez\*, Alejandro Grenet Albornas\*\*, Isabela Bezerra Ferreira da Silva\*\*\*.

\* Especialista de 1er grado en Cirugía General

\*\* Especialista de 1er grado en Medicina General Integral, Residente de Cirugía General Universidad de Ciencias Médicas. Hospital" Dr. Miguel Enríquez"

\*\*\*Doctora en Ciencias Médicas.

**Editorial:** Calle G y 27, Vedado, Municipio Plaza de la Revolución.  
CP 10400.

[geroinfo@infomed.sld.cu](mailto:geroinfo@infomed.sld.cu)

**Centro de Investigaciones sobre: "Envejecimiento, Longevidad y Salud".**

---

### Summary

The perforation of the gallbladder is a strange, but potentially fatal complication, of the acute cholecystitis, when is not treated precociously. We have presented a 72-year-old masculine patient for one year with records of digestive dysfunctions, without previous study, arrived in the emergency department to present diffuse abdominal pain and shock. The Ultrasound abdominal sample a sharp cholecystitis. The emergency surgery, appreciating perforation gallbladder, with free bile in the peritoneum, you proceeds to carry out a colecistostomía.

**Key Words:** Allbladder, Acute Cholecystitis, Perforation gallbladder

---

### Resumen

La perforación de la vesícula es una complicación rara, pero potencialmente fatal, de la colecistitis aguda, cuando no es tratada precozmente. Presentamos un paciente masculino de 72 años con antecedentes de trastornos digestivos hace un año, sin previo estudio, que acude a nuestro centro por presentar dolor abdominal difuso y shock. El Ultrasonido abdominal muestra una colecistitis aguda. Se realiza laparotomía exploradora, apreciando rotura del fondo vesicular, con bilis libre en el peritoneo, y se procede a realizar una colecistostomía.

**Palabras clave:** Vesícula biliar, Colecistitis Aguda, Perforación Vesicular

---

## Introducción

La perforación de la vesícula es una complicación rara, pero potencialmente fatal, de la colecistitis aguda, cuando no es tratada precozmente <sup>(1)</sup>.

La perforación de la vesícula puede ocurrir en las 24 horas después del ataque de colecistitis aguda o después de unos días a semanas <sup>(2)</sup>.

Según los estudios diferentes, una proporción de incidencia de 3.3–5.9% se informa de perforaciones agudas y crónicas <sup>(3)</sup>.

En 1934, Niemeier describió tres tipos de perforaciones vesiculares: Tipo 1 (agudo) es asociado con la peritonitis biliar generalizada. Tipo 2 (subaguda) perforación con formación de absceso perivesicular y Tipo 3 es una perforación crónica asociada a fistula interna <sup>(4)</sup>.

No hay duda que la humanidad está experimentando un cambio importante en su expectativa demográfica y, como consecuencia, el número de personas mayores de 60 años se multiplicará. El anciano es un enfermo de riesgo, por el deterioro de todos los sistemas y la mayor prevalencia de enfermedades asociadas <sup>(5,6)</sup>.

---

## Caso Clínico

**Fecha de ingreso:** 24 de febrero del 2015

**Paciente:** GLB

---

**Motivo Consulta:** "Dolor abdominal"

Paciente masculino de 72 años con antecedentes de trastornos digestivos hace un año, sin previo estudio. Acude a nuestro centro por presentar dolor abdominal difuso, no vomito, no fiebre. Con mal estado general.

---

## Examen físico

Piel y mucosas: hipocoloreadas e hipohidratadas.

TCS: No infiltrada

Aparato Respiratorio: Frecuencia respiratoria: 21 por minutos, murmullo vesicular audible, no estertores.

Aparato Cardiovascular: Frecuencia cardíaca: 125 por minutos. Presión Arterial: 90/60 mmhg ruidos cardíacos rítmicos, no soplo.

Abdomen. No cicatrices, no sigue los movimientos respiratorios y es doloroso a los golpes de tos. Auscultación ruidos hidroaéreos abolidos. Dolor a la palpación superficial de todo el

abdomen y contractura muscular (Abdomen en Tabla). No se precisa pérdida de la matidez hepática.

### Complementarios

Hemoglobina: 8,2 g/l

Grupo y Factor: B positivo

Plaquetas: 150 000

Leucocitos:  $22 \times 10^9$  con 83% de polimorfo nucleares.

Ultrasonido Abdominal: Vesícula con paredes engrosadas de 5 mm, con cálculos y barro biliar en su interior, distendida y escaso liquido en el espacio hepatorenal derecho.

**Impresión Diagnóstica:** Colecistitis Aguda Complicada

**Operación:** Se realiza laparotomía exploradora y se encuentra 250 ml de bilis en cavidad abdominal con fondo vesicular perforado de +- 2cm (Figura1 y 2). Se realiza aspiración de la bilis y de lavado de la cavidad, posteriormente se realiza colecistostomía y cierre temporal de la pared abdominal. Es enviado el paciente para terapia intensiva.

Figura 1 y 2 Perforación del fondo vesicular.



Evolución del paciente: 48 horas después el paciente se lleva al quirófano (Figura 3), se encuentra cavidad abdominal , libre de infección, no pus , no bilis , se realiza lavado peritoneal y se cierra definitivamente el abdomen.

Figura 3 Paciente en etapa prequirúrgica.



A los 15 días de la última intervención, se le realiza una colangiografía transcolecistostomía y vemos paso de la bilis libremente de la vía biliar al duodeno.

Se decide cerrar la colecistostomía paulatinamente hasta su cierre total, 29 días después de realizada la colecistostomía, se le realiza Ultrasonido Abdominal, encontrándose la vesícula colapsada y se retira la sonda de colecistostomía. El paciente acude a consulta externa una vez al mes.

---

## Discusión

El diagnóstico clínico de perforación vesicular es habitualmente difícil, dado que los síntomas pueden ser indistinguibles de la colecistitis aguda no complicada. Aunque en la mayoría de las ocasiones el diagnóstico por imagen de la perforación se presume a partir de datos indirectos como la presencia de colecciones perivesiculares, es posible el diagnóstico certero con la demostración de al menos uno de estos tres signos <sup>(7)</sup>.

—Visualización directa de la perforación, o “hole sign”.

—Comunicación entre el absceso y el lumen vesicular a través de un defecto en la pared vesicular.

—Observación de cálculos dentro de la colección perivesicular

Muchos trabajos abogan por el uso del TAC abdominal para mayor sensibilidad del diagnóstico <sup>(8)</sup>. Somos del criterio que el método clínico, en el diagnóstico de la colecistitis complicada, sobre todo en una perforación vesicular, en el curso de una colecistitis, debe ser el “Gold

Standard", ya que en ocasiones utilizamos en demasía los medios diagnósticos, sin pensar en la gravedad del caso.

En la actualidad no hay ningún acuerdo universal para su tratamiento óptimo <sup>(9,10)</sup>. De hecho, se maneja a menudo de varias maneras que van desde la colecistostomía hasta la colecistectomía laparoscópica. En lo que no hay dudas es en realizar el proceder quirúrgico adecuado para no lesionar la vía biliar y no prolongar el tiempo quirúrgico, por lo que la colecistostomía es un método rápido, sencillo y resuelve adecuadamente el problema <sup>(11,12)</sup>.

---

## **Conclusión**

El diagnóstico temprano de la perforación vesicular y la intervención quirúrgica inmediata son de importancia crucial. Aunque el Ultrasonido Abdominal y la Tomografía Axial Computarizada Abdominal juegan un importante papel en diagnóstico, el método clínico es la herramienta principal. En el caso de las personas mayores suelen desarrollar cuadros clínicos diferentes que en etapas más jóvenes, pero en este caso, en particular la presencia de dolor y los antecedentes condujeron a un diagnóstico certero y una conducta adecuada, que posibilitaron la sobrevida de este caso.

---

## **Agradecimientos**

Los autores desean agradecer la valiosa colaboración del alumno ayudante Dayron Douglas Calvo Saborit.

---

## **Bibliografía**

1. Khan SA, Gulfam, Anwer AW, Arshad Z, Hameed K, Shoaib M. Gallbladder perforation: A rare complication of acute cholecystitis. J Pak Med Assoc 2010;60:228-9.
2. Alvi AR, Ajmal S, Saleem T. Acute free perforation of gall bladder encountered at initial presentation in a 51 years old man: a case report. Cases J 2009;2:166.
3. Bedirli A, Sakrak O, Sözüer EM, Kerek M, Güler I. Factors effecting the complications in the natural history of acute cholecystitis. Hepatogastroenterology. 2001;48:1275-8.
4. Niemeier OW. Acute free perforation of the gall-bladder. Ann Surg 1934;99:9922-4.

5. Alonso E, Díaz Pi O, Gutiérrez Pérez C I, Dávila Puentes C, Calvo Saborit D D, Álvarez León J. Cirugía menor en adultos mayores en el Policlínico Universitario "Rafael Valdés": 2 años de experiencia. *Rev Gerontología y Geriatria* .2014;9(1)
6. Díaz Pi O, Bezerra Ferreira da Silva I, Ramos Díaz N, Bode Sabo A, Calvo Saborit DD. Trauma en adultos mayores en el Hospital Dr. Miguel Enríquez. 2011- 2013. *Rev Gerontología y Geriatria*.2014;9(3)
7. P. Grande-Pérez, J. Justo Pereira and F. Ramos . Perforation of the gallbladder with communicating pericholecystic abscess: ultrasonographic diagnosis. *Rev Esp Enferm Dig* 2009; 101 (8): 565-567
8. Donati M, Biondi A, Basile F , Gruttadauria S .An atypical presentation of intrahepatic perforated cholecystitis: a modern indication to open cholecystectomy. Report of a case. *BMC Surgery* 2014, 14:6 <http://www.biomedcentral.com/1471-2482/14/6>.
9. Huang CC, Lo HC, Tzeng YM, Huang HH, Chen JD, Kao WF, Yen DHT, Huang CI, Lee CH . Percutaneous transhepatic gallbladder drainage: a better initial therapeutic choice for patients with gall bladder perforation in the emergency department. *Emerg Med J* 2007;24:836–840.
10. Kochar K, Vallance K, Mathew G, Jadhav V . Intrahepatic perforation of the gall bladder presenting as liver abscess: case report, review of literature and Niemeier's classification. *Eur J Gastroenterol Hepatol* 2008; 20:240–244.
11. Cherng N, Witkowski ET, Sneider EB, Wiseman JT, Lewis J, Litwin D. Use of cholecystectomy tubes in the management of patients with primary diagnosis of acute cholecystitis. *J Am Coll Surg*. 2012;214:196-201. 30.
12. Morse BC, Smith JB, Lawdahl RB, Roettger RH. Management of acute cholecystitis in critically ill patients: Contemporary role for cholecystostomy and subsequent cholecystectomy. *Am Surg*. 2010;76:708-12. 31.