



Hemobilia secundaria a fístula arteriobiliar

Miguel Ángel Chávez-García,* Alexander Eddo García-Romero,*
Agustín I. Rodríguez-Blas,** Héctor Espino-Cortez*

RESUMEN

Introducción. La hemorragia a través de la vía biliar, o hemobilia, es una causa inusual de hemorragia digestiva alta y es secundaria a la comunicación anormal entre vasos sanguíneos y ductos biliares. Su etiología es amplia, la originada por un aneurisma de la arteria hepática es extremadamente rara. **Objetivo.** Es presentar un caso inusual de hemobilia, tratado satisfactoriamente por embolización selectiva de la arteria hepática derecha. **Caso clínico.** Masculino de 46 años de edad sin antecedentes de importancia, que llegó a Urgencias con hematemesis y melena de tres semanas de evolución. La endoscopia documentó hemobilia; los estudios incluyeron angiotomografía y arteriografía de arteria hepática, que concluyeron con el diagnóstico de aneurisma de la arteria hepática derecha, comunicado a la vía biliar. **Conclusión.** El conocimiento de esta entidad es de suma importancia, ya que el retraso en su diagnóstico y tratamiento eleva la mortalidad.

Palabras clave. Hemobilia, fístula arteriobiliar.

ABSTRACT

Introduction. Bleeding through the bile duct, or hemobilia, is an unusual cause of upper gastrointestinal bleeding and is secondary to abnormal communication between blood vessels and bile ducts. Its etiology is extensive, that originated by an aneurysm of the hepatic artery is extremely rare. **Objective.** To present an unusual case of hemobilia, successfully treated by selective embolization of the right hepatic artery. **Clinical case.** Male of 46 years of age with no history of importance, who arrived at ER with hematemesis and mane of three weeks of evolution. Endoscopy documented hemobilia; the studies included angiotomography and arteriography of the hepatic artery, which concluded with the diagnosis of an aneurysm of the right hepatic artery, communicated to the bile duct. **Conclusion.** The knowledge of this entity is extremely important, since the delay in its diagnosis and treatment raises mortality.

Key words. Hemobilia, arteriobiliar fistula.

INTRODUCCIÓN

La hemobilia o hemorragia de la vía biliar se debe a una conexión aberrante entre un vaso sanguíneo y los conductos biliares, producida por múltiples causas y puede provenir del hígado, vesícula, ductos biliares intra o extrahepáticos y del ducto pancreático, su sintomatología asociada es variada y se incluye el dolor abdominal, ictericia y manifestaciones de sangrado de tubo digestivo alto como melena o

hematemesis, esta tríada está presente en un tercio de los casos,¹ la sospecha clínica debe ser alta para que en el estudio endoscópico se busque intencionadamente la ampullorragia. Para detectar su origen son necesarias la tomografía contrastada² o una angiotomografía, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, y con mayor importancia la arteriografía del tronco celiaco. El tratamiento actual que demuestra seguridad y eficacia es la embolización del sitio sangrante,³ la cirugía se reserva para casos fallidos a esta terapéutica.⁴

* Servicio de Endoscopia Diagnóstica y Terapéutica, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, Ciudad de México.

** Servicio de Radiología e Imagen, Hospital Juárez de México, Secretaría de Salud, Ciudad de México.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 46 años de edad, antecedente de ser portador de diabetes mellitus tipo 2 de más de 10 años de evolución, negó antecedentes quirúrgicos o traumáticos. Padecimiento: tres semanas de evolución caracterizada por dolor en epigastrio, hematemesis, posteriormente evacuaciones melánicas. A su ingreso a Urgencias: signos vitales estables. Consciente, orientado, mucosa húmedas y ligeramente pálidas, área cardiopulmonar normal, abdomen blando depresible no doloroso: Hemoglobina 7.9 g/dL. La endoscopia del tubo digestivo superior documentó sangrado a través del ampulla de Váter (Figura 1).

En su hospitalización por incremento de las bilirrubinas y sospecha de obstrucción se programó colangiografía endoscópica. No se identificó sitio o etiología de la hemorragia. Se decidió realizar esfinterotomía y colocación de Stent biliar.

Por persistencia de la hemorragia se solicitó angiografía; hallazgo sugestivo de probable aneurisma de arteria hepática derecha. Se realizó ultrasonido Doppler que corroboró el diagnóstico de aneurisma.

El paciente fue sometido a arteriografía de la arteria hepática por vía percutánea femoral, cateterización selectiva, confirmando el pseudoaneurisma de la arteria hepática y fístula arteriobiliar (Figura 2). La embolización se realizó con éxito (aplicación de microbobinas y Gelfoan) (Figura 3). La evolución del paciente fue satisfactoria y se egresó por mejoría a las 48 h posterior al tratamiento.

DISCUSIÓN

La hemobilia como causa rara de sangrado de tubo digestivo alto, es una entidad reconocida en 1654 por Francis Glis-

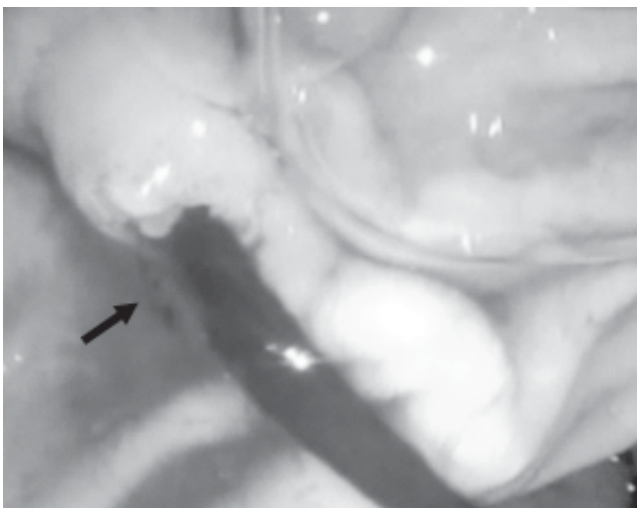


Figura 1. Hemobilia documentada por endoscopia superior.

son debida a traumatismo hepático, y denominada bajo este término por Philip Sandblom en 1948.^{5,6} Su etiología es amplia (Cuadro 1),^{1,7} frecuentemente está relacionado a procedimientos invasivos percutáneos, endoscópicos o quirúrgicos,^{8,9} su sintomatología depende de la cantidad y frecuencia del sangrado^{1,10} (masivo u oculto, persistente o intermitente), la

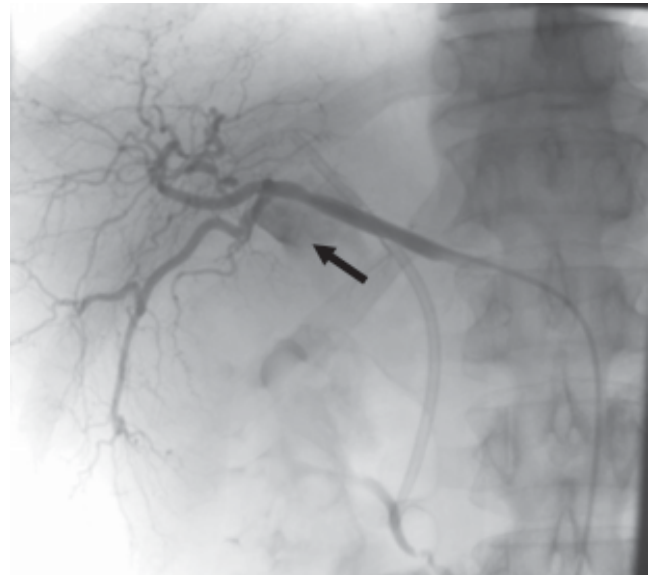


Figura 2. Arteriografía con sangrado en arteria hepática derecha (flecha).

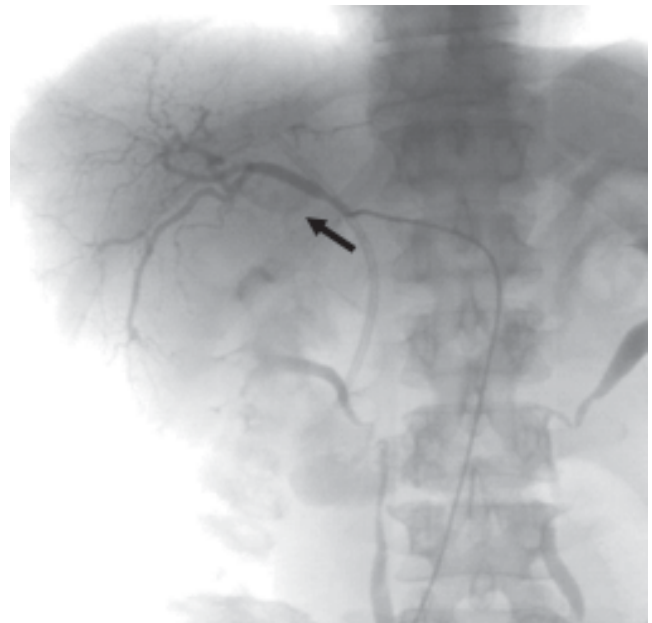


Figura 3. Control de sangrado postembolización (flecha).

**Cuadro 1.** Causas de hemobilia.

1. Trauma del sistema HPB.	I. Accidental. <ul style="list-style-type: none"> • Contuso. • Penetrante. II. Iatrogénico. <ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones percutáneas HPB: biopsias, drenajes. • Intervenciones endoscópicas: CPRE. • Cirugía HPB: abierta o laparoscópica. • Formación de pseudoaneurismas en la disección y por diatermia. • Erosión de material de sutura o grupeo. • Lesiones en la instrumentación de la vía biliar.
2. Vasculopatías	<ul style="list-style-type: none"> • Aneurismas de arterias viscerales; arteria hepática. • Angiodisplasias. • Malformaciones arteriovenosas. • Hemangiomas.
3. Neoplásico	<ul style="list-style-type: none"> • Hepatocarcinoma. • Colangiocarcinoma. • Cáncer de vesícula biliar. • Cáncer de páncreas.
4. Cálculos	Vesícula o colédoco
5. Infecciones	Parasitario <ul style="list-style-type: none"> • Esquistosoma hematobium • Áscaris lumbricoides Micótico Bacteriano
5. Inflamación	Pancreatitis Colecistitis
6. Otros	Quistes de colédoco

HPB: hepatopancreatobiliar, CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

tríada de Quincke (cólico biliar, ictericia y hemorragia gastrointestinal alta) sólo está presente en un tercio de los casos. La hemorragia gastrointestinal alta se manifiesta como melena en 90%, hematemesis 60%, la ictericia y el dolor están presentes en 60 y 70% de los casos, respectivamente. Para su diagnóstico se debe tener alta sospecha, la endoscopia sólo muestra en 90% el flujo sanguíneo o expulsión de coágulos a través del ampulla Vater, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es útil cuando está asociada a ictericia obstructiva, y puede ser de utilidad para evacuar coágulos.¹¹

En años anteriores, los pacientes con hemobilia se realizaban angiografía convencional para buscar una anomalía vascular sospechosa, como pseudoaneurisma. Actualmente con los advenimientos de la tomografía axial computarizada y mejoras en el software de imágenes 3D se incrementó el rendimiento diagnóstico.

La angiografía por TAC sustituye paulatinamente a la arteriografía en el diagnóstico de hemobilia y la embolización del vaso es el estándar de oro en el tratamiento de hemobilia.^{12,13} En pacientes hemodinámicamente inestables, que no son candidatos a embolización, la cirugía es el tratamiento de elección, implica la exploración directa del hígado y las opciones incluyen: resección hepática, ligadura de vasos arteriales y/o detección del sitio de hemorragia, resección del pseudoaneurisma, colecistectomía y resolución de la obstrucción de las vías biliares.

CONCLUSIÓN

La hemobilia masiva es una urgencia y que pone en riesgo la vida del paciente, el retardo del diagnóstico es el que determina el pronóstico del paciente. Siendo la endoscopia y la angiotomografía los métodos ideales para un diagnóstico, así como la arteriografía con embolización transcáteter, una de las mejores opciones disponibles para el diagnóstico y tratamiento. Se trata de un método seguro, menos invasivo y eficaz.

REFERENCIAS

1. Yopp A. Hemobilia and bilhemia. In: Blumgart LH (Ed.). Surgery of the liver, biliary tract, and pancreas. 5th Ed. Philadelphia: Elsevier; 2012: 1067-81.
2. Baillie J. Hemobilia. Gastroenterol Hepatol (NY) 2012; 8(4): 270-2.
3. Hidalgo F, Narváez JA, Reñé M, Domínguez J, Sancho C, Montanyà X. Treatment of hemobilia with selective hepatic artery embolization. J Vasc Interv Radiol 1995; 6(5): 793-8.
4. Chin MW, Enns R. Hemobilia. Curr Gastroenterol Rep 2010; 12(2): 121-9.
5. Green MH, Duell RM, Johnson CD, Jamieson NV. Haemobilia. Br J Surg 2001; 88(6): 773-86.
6. Sandblom P. Hemorrhage into the biliary tract following trauma: 'traumatic hemobilia'. Surgery 1948; 24(3): 571-86.
7. Luu MB, Deziel DJ. Unusual complications of Gallstones. Surg Clin N Am 2014; 94(2): 377-94.
8. Yoshida J, Danahue PE, Nyhus LM. Hemobilia: review of recent experience with a worldwide problem. Am J Gastroenterol 1987; 82(5): 448-53.
9. Gandhi V, Doctor N, Marar S, Nagral A, Nagral S. Major hemobilia - experience from a specialist unit in a developing country. Trop Gastroenterol 2011; 32(3): 214.



10. Murugesan SD, Sathyanesan J, Lakshmanan A, Ramaswami S, Perumal S, Perumal SU, et al. Massive hemobilia: a diagnosis and therapeutic challenge. *World J Surg* 2014; 38(7): 1755-62.
11. Casazza I, Guglietta MA, Argento G. Magnetic resonance cholangiopancreatography in the diagnosis of haemobilia. *Case Rep Radiol* 2013; 2013: 792109.
12. Prasad TV, Gupta AK, Garg P, Pal S, Gamanagatti S. Minimally invasive image-guided interventional management of Haemobilia. *Trop Gastroenterol* 2015; 36(3): 179-84.
13. Cao H, Liu J, Li T, Cao G, Xu G, Zhai S, et al. Interventional therapy for the treatment of severe hemobilia after

percutaneous transhepatic cholangial drainage: a case series. *Int Surg* 2013; 98(3): 223-8.

Solicitud de sobretiros:

Dr. Miguel Ángel Chavez García
Av. Instituto Politécnico Nacional, Núm. 5160
Col. Magdalena De las Salinas
Del. Gustavo A. Madero
C.P. 07760, Ciudad de México
Tel.: 5747-7611, Ext. 7222
Correo electrónico:
chavezlierj@yahoo.com.mx