CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):594

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-221 - HEMOBILIA POSTRAUMÁTICA. MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO ENDOVASCULAR

Pérez Sánchez, M. Asunción; Sánchez-Matamoros Martín, Inmaculada; Ferrufino, Jhonny; Nogales Muñoz, Ángel; Oliva Mompean, Fernando

Hospital Virgen Macarena, Sevilla.

Resumen

Introducción: La hemobilia o sangrado del tracto hepatobiliar, es una causa poco común de HDA aguda ocasionado por una comunicación anómala entre vasos sanguíneos y conductos biliares. La tríada clásica de la hemobilia (dolor en HD, Hemorragia digestiva alta e ictericia con o sin sepsis biliar), aparece con escasa frecuencia. Esta entidad, debería tenerse en consideración en pacientes que han sufrido trauma abdominal o instrumentación de la vía biliar, por iatrogenia, ya que estas son las causas más frecuentes, hasta en el 55% de los casos. El manejo óptimo de un paciente con hemobilia depende fundamentalmente de la sospecha de esta patología, siendo el diagnóstico precoz y el inicio del tratamiento de suma importancia, ya que la falta de conocimiento de este proceso puede conducir rápidamente a resultados fatales para los pacientes.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 21 años que sufre traumatismo abdominal accidental desde su propia altura, presentando abdomen agudo. En el TAC abdominal realizado de urgencias presenta severa afectación de LHD, segmentos V, VI y VII, y en menor medida del segmento VIII, así como hemoperitoneo moderado. En la Arteriografía realizada se aprecia una salida anómala de la Arteria hepática derecha del tercio medio de la Mesentérica superior, y un sangrado activo de ramas arteriales de los segmentos VI y VII, procediéndose a su embolización selectiva. Una semana después el paciente comienza con episodios de dolor abdominal cólico y melenas con repercusión hemodinámica, no siendo detectada la causa de estos síntomas en las endoscopias realizadas. Ante la sospecha clínica de hemobilia, la revisión de los estudios radiológicos realizados al paciente, permite apreciar una imagen de pseudoaneurisma próxima a la porta. Por ello, se realiza nueva arteriografía, donde se confirma la existencia de un aneurisma roto a nivel de la rama proximal anterior (segmento V), que obliga a la colocación de stent autoexpandible cubierto de forma inmediata por el deterioro hemodinámico que sufre el paciente durante el procedimiento. La evolución tras estas medidas terapéuticas fue favorable.

Discusión: Comentamos el valor de las distintas pruebas diagnósticas, la importancia de la sospecha clínica en una entidad infrecuente, así como las opciones terapéuticas y los detalles técnicos de los procedimientos endovasculares realizados.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados