



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-218 - Hemobilia: causas y manejo terapéutico. Presentación de un caso clínico

Siebel Hermida, Paula; Martínez Rodríguez, Iñaki; Garcés Garmendia, Miguel Ángel; Sáez de Ugarte Sobrón, Jaione; Etxart Lopetegí, Ane; Gastón Moreno, Alberto; Maqueda Merino, Aintzane; Rebollar Sáenz, José

Hospital Universitario de Araba, Vitoria.

Resumen

Objetivos: La hemobilia se define como el sangrado de la vía biliar o a través de la misma. Es una complicación poco frecuente de origen actualmente sobre todo iatrogénico aunque también traumático. Se observa principalmente en pacientes a los que se les ha realizado algún procedimiento sobre la vía biliar. Su presentación clínica clásica consiste en dolor abdominal, ictericia y hemorragia digestiva alta aunque esta tríada solo se observa en un 38% de pacientes. El tratamiento de elección es endovascular o endoscópico y si este fracasa se recurre a cirugía.

Caso clínico: Mujer de 75 años con antecedentes de HTA y cólicos biliares de repetición que ingresa para colecistectomía programada. Durante la intervención quirúrgica se objetiva una vesícula escleroatrófica con fístula colecistoduodenal y fístula colecistocolédocal por lo que se realiza una colecistectomía con sutura duodenal en región de la fístula y reparación colédocal con anastomosis termino-terminal de colédoco sobre tubo de Kehr transcístico. Durante el postoperatorio se realiza una colangiografía transKehr sin objetivarse fuga de contraste, pero debido a la intolerancia al cierre del drenaje se solicita una CPRE donde se objetiva una fuga a nivel de colédoco medio por lo que se procede a retirar el Kehr y colocar una endoprótesis plástica biliar transpapilar. A las 72 horas post-CPRE la paciente comienza con cuadro febril por lo que se inicia antibioterapia de amplio espectro con la sospecha clínica de colangitis. Ante la ausencia de mejoría clínica, se solicita una colangio-RM para descartar otras complicaciones. La paciente presenta una evolución desfavorable con aparición de ictericia y un cuadro de hemorragia digestiva alta con deposiciones melénicas y hematemesis que precisa soporte transfusional. En la RM solicitada se observa una imagen sugestiva de pseudoaneurisma de rama derecha de arteria hepática, por lo que directamente se realiza una arteriografía que confirma los hallazgos previamente descritos y donde se aprecia un sangrado activo a vía biliar a nivel de dicho pseudoaneurisma procediéndose por tanto a colocar una endoprótesis recubierta para cubrir el defecto con buen resultado final. Tras el tratamiento endovascular la paciente evoluciona favorablemente pudiendo ser dada de alta sin nuevas incidencias.

Discusión: Actualmente, dado el aumento de procedimientos endoscópicos sobre la vía biliar, ha aumentado la causa iatrogénica de la hemobilia siendo aun así una complicación poco frecuente por lo que es necesaria una alta sospecha clínica para su diagnóstico.