

diagnósticos y terapéuticos invasivos que vienen ocurriendo en los últimos años, e incluso se ha introducido nuevas causas como la cirugía laparoscópica o la litotricia extracorpórea. Otras causas son inflamaciones, infecciones, litiasis, tumores y trastornos de la coagulación.

El sangrado secundario a tumores hepáticos es una etiología descrita, aunque poco frecuente. Realizando una búsqueda en PubMed sin límites, cruzando los términos MeSH "Hemobilia" y "liver neoplasms", sólo han sido 41 las citas recogidas.

Recogemos aquí el caso de un paciente portador de un adenoma hepático, cuyo inicio clínico fue como hemorragia digestiva fatal, aprovechando para revisar someramente su diagnóstico y posibilidades terapéuticas.

Paciente de 71 años de edad, con antecedentes personales de intervención de neoplasia vesical y ureterostomía (según técnica de Bricke), que ingresa en el servicio de urgencias de nuestro hospital por cuadro de hematemesis masiva y melenas, con deterioro hemodinámico asociado: presión arterial, 70/40 mmHg; frecuencia cardíaca, 140 lpm (sinusal). Sudoroso, pálido, no había alteraciones analíticas, salvo la hemoglobina en 8 g/dl y el hematocrito en un 29%. Se inicia estabilización del paciente mediante aporte de volumen, pero sufre parada cardiopulmonar por fibrilación ventricular; se realiza reanimación cardiopulmonar avanzada (desfibrilación, intubación orotraqueal, masaje cardíaco externo y administración de 2 mg de adrenalina), que obtiene pulso efectivo. Se procede a llevar al paciente a quirófano para laparotomía de emergencia, durante la cual se objetiva que el origen del sangrado se encuentra a nivel duodenal (desde la ampolla de Vater) proveniente desde una tumoración hepática, de 8 ml, localizada en lóbulo hepático izquierdo, roto y con hemorragia activa, abierto a tracto biliar; se procede a hepatectomía parcial y ligadura arterial. La anatomía patológica fue compatible histológicamente con el diagnóstico de adenoma hepático.

El paciente ingresó en el postoperatorio inmediato en nuestra unidad, inestable, requiriendo expansión de volumen y apoyo inotrópico (a expensas de dopamina y noradrenalina), en situación de fallo multiorgánico, situación que mantuvo hasta su fallecimiento escasas horas más tarde.

La hemobilia ocurre por la existencia de una fístula entre la vía biliar y el territorio de la porta o la arteria hepática. El cuadro clínico, la tríada de Quincke se caracteriza por ictericia (60%) –según el grado de obstrucción del conducto biliar por los coágulos–, dolor en hipocondrio derecho (70%) y sangrado digestivo, cuyo espectro abarca desde una anemia secundaria a un sangrado crónico inadvertido hasta un sangrado gastrointestinal (alto [60%] o bajo [90%]) submasivo con hipotensión, shock e incluso fallecimiento (lo cual no es común)¹, como en el caso que nos ocupa, donde los aspectos novedosos no sólo residen en el origen tumoral, sino en la forma de presentación clínica, que no corresponde a esta etiología, que suele ser lenta y recidivante, y no súbita y masiva como ocurrió.

La morbimortalidad es proporcional al retraso en cohibir la hemorragia. La endoscopia digestiva permite descartar otras causas de hemorragia, y es diagnóstica si demuestra un franco sangrado desde la ampolla (en cerca del 40% de los casos)². La confirmación habitualmente requiere la realización de una angiografía con la visua-



Hemobilia: una causa poco frecuente de hemorragia digestiva masiva

Sr. Director:

Hemobilia es un término empleado para describir el sangrado ocasionado por una comunicación anormal entre los vasos sanguíneos y los conductos biliares. Causa importante, aunque poco frecuente, de sangrado gastrointestinal, lo más común es su origen traumático o iatrogénico, hasta en un 55% de los casos, y su frecuencia aumenta en concordancia con el incremento en los procedimientos

lización de la arteria hepática y sus ramas³, que es la prueba diagnóstica de primera elección.

La ecografía abdominal es una técnica útil para establecer el diagnóstico, al detectar la presencia de coágulos en la vesícula o vía biliar, o demostrando lesiones estructurales que justifiquen el sangrado¹. Otras exploraciones complementarias que pueden utilizarse son la tomografía computarizada abdominal, la colangiorresonancia, la gammagrafía con eritrocitos marcados con tecnecio, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la colangiografía transhepática percutánea. También se puede realizar mediante la arteriografía del tronco celíaco, localizando el punto de sangrado si hay un débito adecuado⁴.

El manejo de la hemobilia depende de la severidad del sangrado, de la enfermedad de base, la edad y la situación general del paciente. El tratamiento definitivo, consistente en eliminar la causa de sangrado, incluye resección hepática, ligado directo de los vasos sangrantes o *packing*, colecistectomía, resección pancreática, resección del aneurisma, cierre de la fístula u otras. Los aneurismas falsos pueden ser tratados mediante embolización o taponamiento con balón¹. En general, se recomienda la embolización arterial selectiva siempre que se pueda, reservándose la cirugía para los casos de fracaso o complicación de la embolización, el tumor resecable y las colecistitis⁵.

**Alberto Córdoba López, Jesús Monterrubio Villar,
Inmaculada Bueno Álvarez-Arenas
y Germán Corcho Sánchez**

Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Comarcal de Don Benito-Villanueva. Don Benito. Badajoz. España.

Bibliografía

1. Birth M, Ortlepp J, Bontikous S, Amthor M, Weiser HF, Bruch HP. Intermittent activity-induced hemobilia caused by liver hemangioma. *Dig Surg.* 2000;17:292-6.
2. Katz PO, Salas L. Less frequent causes of upper gastrointestinal bleeding. *Gastroenterol Clin North Am.* 1993;22:875-89.
3. Blackstone MO. Endoscopic interpretation. New York: Raven Press; 1984. p. 392-3.
4. De Quinta Frutos R, Moles Morenilla L, Docobo Durantez F, Soto Pradas JA, Iriarte Calvo J, Vázquez Medina A. Hemobilia secundaria a colecistitis crónica. *Rev Esp Enferm Dig.* 2004;96:221-5.
5. Dousset B, Sauvanet A, Bardou M, Legmann P, Vilgrain V, Belghiti J. Selective surgical indications for iatrogenic hemobilia. *Surgery.* 1997;121:37-41.