



CARTAS AL DIRECTOR

Hemobilia de causa poco frecuente: pseudoaneurisma de la arteria hepática tras colangiopancreatografía retrógrada endoscópica



An unusual cause of hemobilia: Hepatic artery pseudoaneurysm after endoscopic retrograde cholangiopancreatography

Sr. Director:

Presentamos el caso de un paciente de 55 años con antecedentes personales de tabaquismo activo (20 paq/año), hepatopatía crónica enoica en estadio no cirrótico y pancreatitis crónica enoica e insuficiencia pancreática exo y endocrina en tratamiento sustitutivo con pancreatina y analgésicos tipo opioides que desarrolla cuadro de ictericia obstructiva secundaria a estenosis benigna de colédoco distal. Dicha estenosis benigna (se descartó malignidad mediante cepillado de la vía biliar en el acto endoscópico) se justifica en el contexto de atrapamiento del colédoco intrapancreático por la fibrogénesis, resultado final del proceso inflamatorio crónico. El tratamiento del proceso obstructivo biliar consistió en la colocación de una endoprótesis biliar plástica mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), incluyendo dicho procedimiento una esfinterotomía biliar. Transcurrido un mes del posicionamiento de dicha prótesis, el paciente reingresa nuevamente en el centro hospitalario por aparición de ictericia, dolor abdominal y vómitos hemáticos de escasa cuantía, practicándose nueva CPRE en la que se evidencia salida de sangre y coágulos por orificio papilar y se procede a recambio de la prótesis plástica por otra metálica parcialmente recubierta de 10 × 80 mm. Tras 24 h, el paciente reingresa por cuadro de hematemesis masiva y rectorragia con inestabilidad hemodinámica poniéndose de manifiesto en gastroscopia urgente sangre en segunda porción duodenal y un gran coágulo que envuelve la prótesis. Se procede a realización de nueva CPRE en la que se objetiva migración de la prótesis y sangrado a través de la papila. La colangiografía demuestra defectos de repleción en un colédoco dilatado en probable relación con coágulos. Se solicitó angiografía por tomografía computarizada (angio-TC) y arteriografía del tronco celiaco, y arteria mesentérica superior que no logró identificar el sangrado

activo. Ante la persistencia del sangrado se repite nueva CPRE a las 48 h en la que no se objetiva signos de sangrado activo ni coágulos en la vía biliar. La herida de la esfinterotomía previa no presentaba estigmas de sangrado reciente. El paciente permanece hemodinámicamente estable durante 48 h, comenzando nuevamente con hematemesis y rectorragia con datos de inestabilidad hemodinámica. Se procede a gastroscopia de urgencia apreciándose nuevamente sangrado a través de la papila.

Dado la recidiva y severidad del sangrado se solicita la realización de una segunda arteriografía de la hepática común y la hepática derecha en la que se confirmó la existencia de un pseudoaneurisma (no presente en ninguno de los estudios de imagen realizados previos al posicionamiento de la prótesis durante el seguimiento del paciente, fig. 1) dependiente de una rama de la arteria hepática derecha (fig. 2). Se cateterizó selectivamente con un microcatéter la rama de la que dependía el pseudoaneurisma y se embolizó mediante *microcoils* de platino (fig. 3). En el control arteriográfico se demostró la oclusión de la arteria embolizada. Tras el procedimiento se produjo mejoría clínica sin acontecer nuevo episodio de sangrado.

Como es conocido, la hemobilia se produce por la existencia de una fístula entre el territorio porta o de la arteria hepática (o de sus ramas) y la vía biliar. Cuando la fístula es arteriobiliar, hecho muy infrecuente (primer caso publicado en 1981¹), el gradiente de presión puede condicionar hemo-



Figura 1 Reconstrucción coronal de angio-TC en el que se constata la inexistencia del pseudoaneurisma previamente al caso que se comunica.



Figura 2 Seudoaneurisma dependiente de una rama de la arteria hepática derecha.

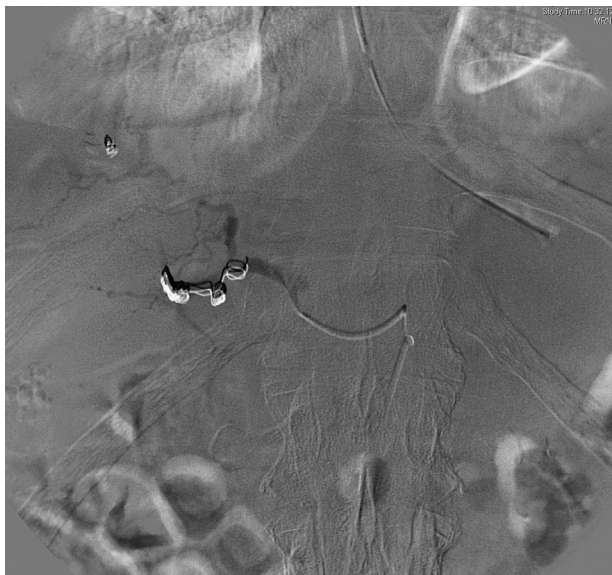


Figura 3 Rama de la arteria hepática derecha con seudoaneurisma embolizada mediante *microcoils* de platino.

bilia persistente o recidivante, como ocurrió en nuestro caso. El volumen y rapidez del sangrado conlleva la aparición de dolor abdominal paroxístico, ictericia y sangrado gastrointestinal, constituyendo estos los síntomas clásicos de la triada de Quincke².

A pesar de ser un episodio hemorrágico poco frecuente, debe ser considerado el diagnóstico diferencial de la hemorragia digestiva alta, pues, aunque por lo general es de carácter leve y autolimitado³, en determinados casos llega a comprometer la supervivencia. En un 50% de los casos la hemobilia es secundaria a iatrogenia o traumatismo, aunque otras causas pueden ser procesos inflamatorios, infecciosos (colecistitis, abscesos hepáticos), coagulopatías, alteraciones vasculares o neoplasias.

El aumento en los últimos años de procedimientos intervencionistas y quirúrgicos sobre la vía biliar ha ocasionado un incremento de la incidencia de hemobilia iatrogénica.

Aún así, los casos descritos en la literatura son escasos y con las técnicas diagnósticas y terapéuticas actuales la tasa de mortalidad asociada es baja y los resultados a largo plazo son buenos.

A propósito del caso que nos ocupa, son pocos los trabajos publicados en los que se asocia la formación de un seudoaneurisma de la arteria hepática con el posicionamiento de una prótesis para drenaje de la vía biliar. La aparición de este hecho se fundamenta en la anatomía hepática; las ramas de la arteria hepática transcurren paralelas al árbol biliar. Este detalle anatómico podría explicar la formación del seudoaneurisma al erosionar la pared arterial por el contacto de la prótesis biliar con la rama de la arteria hepática.

Ante la sospecha de hemobilia, la prueba diagnóstica que se realiza en primera instancia, que además permite la realización de terapéutica en determinados casos, es la endoscópica. Sin embargo, solo permite diagnosticar el origen del sangrado únicamente en un 12% de los casos. Esto supone la necesidad de presentar recurrencias a otras técnicas como es la angio-TC, que es altamente sensible y específica para la identificación de los seudoaneurismas, y además, sirve de mapa vascular para una posterior angiografía, técnica fundamental en la terapéutica de este tipo de lesiones, y considerada como de primera elección, por su alta tasa de éxito (alrededor del 90%) y la menor morbilidad comparativamente con la cirugía⁴. De este modo, el tratamiento quirúrgico queda reservado para aquellos casos en los que la arteriografía no muestra origen de sangrado o la terapéutica no ofrece los resultados esperados⁵.

Bibliografía

1. Rai R, Roge J, Manas D. An unusual case of haemobilia. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2003;15:1357-9.
2. Sousa HT, Amaro P, Brito J, Almeida J, Silva MR, Romãozinho JM, et al. Hemobilia due to pseudoaneurysm of the cystic artery. *Gastroenterol Clin Biol*. 2009;33:80-2.
3. Lorente-Herce JM, Diéguez-Rascón F, Núñez de Arenas-Baeza G, Márquez-Muñoz M, Jiménez-Vega FJ, González Herraiz JV. Tratamiento endovascular de hemobilia iatrogénica. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012;104:102-3.
4. Arroja B, Canhoto M, Barata P, Gonçalves C, Silva F, Cotrim I, et al. Hemobilia alter pseudoaneurysm of a right hepatic artery branch. *Rev Esp Enferm Dig*. 2010;102:386-7.
5. Merret ND, Cosmar P, Biankin AV. Education of imaging. Hepatobiliary and pancreatic: Iatrogenic hemobilia. *J Gastroenterol Hepatol*. 2008;23:821.

Carolina González-Arjona*, José Mostazo-Torres, David Marín-García, Rocío González-Grande, Raúl Vicente Olmedo-Martín, Luis Vázquez-Pedreño, Asunción Durán-Campos y Román Manteca-González

Unidad de Gestión Clínica del Aparato Digestivo, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carolagonzarj@hotmail.com (C. González-Arjona).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.01.006>