

## HEMOBILIA SECUNDARIA A ANEURISMA DE LA ARTERIA HEPÁTICA

Pablo Galindo (1), Julián David Martínez MD (2), Mario Humberto Rey MD (3)

(1) Residente de Gastroenterología y Endoscopia Digestiva, Universidad del Rosario. Unidad de Gastroenterología, Hospital de la Samaritana. Bogotá, Colombia.

(2) Gastroenterólogo, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia. Unidad de Gastroenterología del Hospital de La Samaritana. Bogotá, Colombia.

(3) Gastroenterólogo. Unidad de Gastroenterología, Hospital de la Samaritana. Bogotá, Colombia.

### Resumen

Se presenta el caso de un paciente con hemorragia de vías digestivas altas e ictericia por un aneurisma de la arteria hepática derecha.

**Palabras Clave:** Hemobilia, hemorragias de vías digestivas altas, aneurisma de arteria hepática.

### INTRODUCCIÓN

La hemobilia es la presencia de sangre en la vía biliar y es una causa rara de hemorragia digestiva, es poco considerada y por tanto aún es menos diagnosticada.

El primer caso fue descrito por Francis Glisson en 1654. Quinke en 1871 describió un caso de hemobilia con sus características clínicas que son la clásica triada: ictericia, dolor en el hipocondrio derecho y hemorragia digestiva alta.<sup>1, 2, 3</sup> Kehr en 1903 practicó la primera cirugía de un paciente con hemobilia secundaria a ruptura de un aneurisma de la arteria hepática.<sup>4</sup>

Las causas de hemobilia son variadas, dentro de las cuales se destacan, las traumáticas, iatrogénicas (manipulación quirúrgica y/o endoscópica de la vía biliar), inflamatorias, infecciosas, neoplásicas y vasculares (aneurismas, vasculitis, malformaciones arteriovenosas).

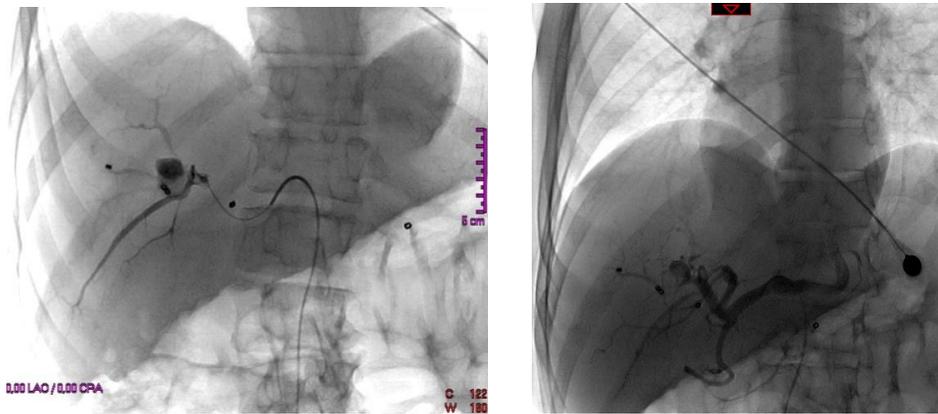
El aneurisma de la arteria hepática (AAH, de ahora en adelante) tiene una prevalencia estimada del 0,4% del total de los aneurismas, y representan casi una quinta parte de todos los aneurismas de las arterias viscerales.<sup>3, 4, 5</sup> Su incidencia ha venido en aumento en los últimos años probablemente debido a la disponibilidad de mejores imágenes diagnósticas (6). Existen múltiples etiologías de AAH tales como la aterosclerosis, enfermedades autoinmunes con compromiso vascular (panarteritis nodosa, lupus eritematoso sistémico, arteritis de Takayasu), síndrome de Marfan, tuberculosis y la instrumentación quirúrgica o endoscópica de la vía biliar. La mayoría de estos aneurismas se localizan en el hilio hepático y con menor frecuencia a nivel intrahepático. La mayor parte de los pacientes permanecen asintomáticos, sin embargo se pueden presentar con dolor abdominal, sangrado digestivo por hemobilia y choque hipovolémico. Cuando hay ruptura aneurismática, la mortalidad estimada es del 40% de los casos.<sup>5, 6, 7, 8, 9</sup>

Presentamos el caso de un paciente con hemorragia de vías digestivas altas e ictericia por la presencia de un aneurisma de la arteria hepática derecha.

### **Caso clínico**

Hombre de 38 años, con antecedente de déficit cognitivo severo por síndrome convulsivo crónico y esquizofrenia paranoide, sin otros antecedentes patológicos, quirúrgicos o de trauma. Remitido por cuadro de 15 días de evolución con hematemesis, deposiciones melénicas, ictericia mucocutánea y dolor en el hipocondrio derecho. En el centro de remisión realizaron esofagogastroduodenoscopia que mostro sangre fresca a nivel duodenal sin precisarse su origen; colonoileoscopia que no evidencio lesiones que explicaran el sangrado, por tanto le fue practicado un estudio con videocapsula endoscópica que fue informado como normal. Presento sangrado digestivo intrahospitalario con descenso de hemoglobina hasta 6.8 g/dl, fue transfundido con 2 unidades de glóbulos rojos empaquetados y posteriormente remitido a nuestra institución. Al ingreso se encontró con ictericia generalizada, hemodinamicamente estable con dolor a la palpación del hipocondrio derecho y el tacto rectal mostro presencia de melenas.

Los principales resultaron de laboratorio fueron: hemoglobina de 8.9 gr/dl, volumen corpuscular medio de 72 ft, bilirrubina total de 6 mg/dl y directa de 4,3 mg/dl, fosfatasa alcalina de 1067 UI/l. La endoscopia de vías digestivas altas mostro sangrado activo en capa proveniente de ampolla de Váter, sospechándose hemobilia. En el ultrasonido abdominal se observó una lesión vascular en el hilio hepático sugestiva de dilatación aneurismática. Se realizó estudio angio-TAC abdominal la cual demostró dilatación aneurismática de 37x39x34 mm con trombo del 50 % en su interior, en estrecha relación con vesícula biliar y al parecer dependiente de la arteria hepática derecha. Por los hallazgos descritos se practico arteriografía selectiva; se observó aneurisma de la arteria hepática derecha con las dimensiones descritas anteriormente con trombo en su interior. Se realizó embolización lográndose el implante de 3 micocoils de forma selectiva con cierre completo del cuello aneurismático. La TAC abdominal cinco días después demostró disminución del tamaño de la lesión hasta 19 x 18 x 15 mm, sin embargo con llenado con el medio de contraste de la cavidad aneurismática y turbulencia en su interior. En nueva arteriografía y embolización con microcoils se logró exclusión completa del aneurisma con oclusión distal y proximal del mismo. Ver Figura 1.



**Figura 1**

### ***Arteriografía y embolización de aneurisma de arteria hepática derecha***

Su evolución clínica fue favorable, desapareció el dolor abdominal, resolvió su ictericia y no volvió a presentar sangrado gastrointestinal posterior al procedimiento.

### **Comentarios**

La hemobilia es una causa de hemorragia digestiva alta rara y es aún menos diagnosticada pues se requiere una alta sospecha clínica y una gran experiencia del personal médico que atiende estos pacientes. Su incidencia exacta se desconoce, pero se ha descrito una mortalidad tan alta como hasta del 25% <sup>11</sup>. En este caso recalcamos la importancia de sospechar esta patología en aquellos pacientes que se presentan con sangrado digestivo oscuro manifiesto. <sup>12</sup>

El paciente informado presentó los signos clínicos clásicos de hemobilia (dolor en el hipocondrio derecho, ictericia y evidencia de hemorragia digestiva alta), tal como sucede en cerca del 40% de los afectados; los restantes casos no presentan esta triada.

Como se describe en la literatura médica el diagnóstico inicial de hemobilia es escurridizo y en la mayoría de los pacientes se requiere de la práctica de varios procedimientos endoscópicos por diferentes observadores sin que se logre en la mayoría de casos llegar al diagnóstico; lo que hace recomendable que en los pacientes con sangrado digestivo oscuro su reevaluación clínica y endoscópica debe ser realizada por médicos con amplia experiencia en la atención de las urgencias gastroenterológicas.

La esofagogastroduodenoscopia es el método diagnóstico de elección pues además de descartar otras causas de hemorragia puede demostrar el flujo de sangre proveniente de la papila duodenal. <sup>10</sup> Los estudios diagnósticos complementarios son ultrasonografía abdominal, la TAC abdominal contrastada, resonancia magnética nuclear de abdomen y la arteriografía selectiva.

Los AAH son una causa extremadamente rara de ictericia obstructiva y hemobilia. Son infrecuentemente diagnosticados, sin embargo su incidencia ha ido en aumento gracias al desarrollo de mejores técnicas de imágenes. En la mayoría de los casos los AAH son asintomáticos y cuando se presentan con síntomas se asocian con un mal pronóstico si se retrasa el diagnóstico.

La HVDA o hemobilia secundaria a AAH justifica estrategias de manejo urgentes, puesto que la ruptura puede ser fatal. Existen múltiples estudios complementarios para el diagnóstico de la entidad. La angioTAC permite la detección con buena confiabilidad, sin embargo la angiografía hepática sigue siendo el estándar de oro dentro de las opciones diagnósticas y terapéuticas, con la embolización transarterial selectiva como la primera elección de manejo con tasas de éxito del 80 al 100% y menor mortalidad comparada con procedimientos quirúrgicos.<sup>4,5</sup> Otras opciones terapéuticas incluyen la reparación quirúrgica e implante de stents, las cuales quedarían reservadas cuando no es posible la embolización transarterial.<sup>5</sup>

En conclusión, la hemobilia siempre debe sospecharse en los pacientes con evidencia de sangre en el duodeno y especialmente en aquellos que se presentan con la triada clásica. El AAH es una de las condiciones que puede causar hemobilia, y de no considerarse puede no ser diagnosticado. La angiografía hepática sigue siendo el estándar de oro para el diagnóstico y el abordaje terapéutico en estos casos.

## REFERENCIAS

1. Sandblom P. Hemobilia (biliary tract hemorrhage): history, pathology, diagnosis, treatment. Springfield, IL: Charles C. Thomas; 1972.
2. Merrell S, Schneider P. Conferences and Review. Hemobilia, Evolution of Current Diagnosis and Treatment. West J Med 1991; 155: 621-625.
3. Petrou A, Brennan N, Soonawalla Z, Silva MA. Hemobilia due to cystic artery stump pseudoaneurysm following laparoscopic cholecystectomy: case presentation and literature review. Int Surg. 2012 Apr-Jun;97(2):140-4.
4. Beltrán F, Castillo A, Hidalgo H. Hemobilia secundaria a pseudoaneurisma roto: reporte de caso. Rev Gastroenterol Peru. 2015;35(1):89-92.
5. Panno C, Gutiérrez S, Echeverría R, Garbe C, Milocco M, Iannicillo H, Valenzuela M, Cubilla A, Alvarez F, Alvarez E. Hemobilia secundaria a pseudoaneurisma de la arteria hepática. Acta Gastroenterol Latinoam 2015;45:133-136
6. George Peter, Rooby Shaheer, Premalatha Narayanan. Hepatic artery aneurysm: a rare case of obstructive jaundice with severe hemobilia. *Annals of Gastroenterology* 27
7. Suarez-Grau JM, Rubio-Chaves C, Pareja-Ciuro F, Gomez-Bravo MA, Diez-Canedo JS, Garcia-Gonzalez I. Obstructive jaundice secondary to hepatic artery aneurysm. *Cir Cir* 2008;76:253-256.

8. García C, Perez Ramírez P, Martorell-Lossius A, et al. Aneurismas de las arterias viscerales. *Cirug Esp* 2005; 78: 246-250.
9. Alhawsawi A, Aljiffry M, Walsh M, et al. Hepatic Artery Aneurysm Associated with Prune Belly Syndrome: A Case Report and Review of the Literature. *Journal of Surgical Education* 2009; 66: 43-47.
10. Ahmet Rencuzogullari, Alexis K. Okoh, Tolga A. Akcam, Emir Charles Roach, Kubilay Dalci, Abdullah Ulku. Hemobilia as a result of right hepatic artery pseudoaneurysm rupture: An unusual complication of laparoscopic cholecystectomy *International Journal of Surgery Case Reports* 5 (2014) 142–144.
11. John Baillie. Hemobilia. *Gastroenterology & Hepatology* Volume 8, Issue 4 April 2012.
12. Lauren B. Gerson, Jeff L. Fidler, David R. Cave, Jonathan A. Leighton. Clinical Guideline: Diagnosis and Management of Small Bowel Bleeding. *Am J Gastroenterol* 2015; 110:1265–1287