



P-222 - HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SECUNDARIA A HEMOBILIA POR NEOPLASIA VESICULAR

Jiménez Morillas, Patricia; Rodríguez Pino, José Carlos; Jiménez Viñas, Carlos Augusto; Moron Canis, José Miguel; Ochogavía Seguí, Aina; Morales Soriano, Rafael; Molina Romero, Xavier; González Argente, Francesc Xavier

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca.

Resumen

Introducción: La hemobilia como causa de hemorragia digestiva alta es una entidad poco frecuente. Si la hemorragia se origina en la vesícula biliar se denomina hemocolecisto siendo su frecuencia aun mucho menor. Presentamos un caso de hemobilia sintomática siendo el origen una neoplasia vesicular destacando la importancia del diagnóstico temprano de esta entidad como causa rara de hemorragia digestiva alta debido a su elevada mortalidad.

Caso clínico: Varón de 39 años presenta cuadro de astenia, dolor abdominal y deposiciones melénicas de una semana de evolución. Los días previos había ingerido AINES por odontalgia. La hemoglobina al ingreso es de 3,5 g/dl ascendiendo a 6,8 g/dl tras 6 concentrados de hemoderivados. No presenta alteraciones en el perfil hepático. La endoscopia urgente descarta lesiones en mucosa gástrica, objetivando sangrado a nivel de la papila mayor duodenal decidiéndose traslado a hospital de referencia. Al ingreso, presenta una hemoglobina de 7,02 g/dl transfundiéndose 4 concentrados de hemoderivados. Se realiza duodenoscopia mostrando restos hemáticos frescos en bulbo y segunda porción duodenal. Se confirma hemorragia digestiva a través de la papila mayor siendo ésta de aspecto normal. La angio-TC no muestra sangrado activo a nivel abdominal. Vesícula biliar de paredes levemente engrosadas. Conducto cístico ligeramente aumentado de calibre y dilatación de la vía biliar intra y extrahepática (colédoco 9 mm de calibre). Se realiza nueva TC abdominal observándose resolución de la dilatación ductal biliar. Engrosamiento mural vesicular vascularizado con vesícula rellena de material sólido considerándose posible tumoración intravesicular a nivel fúndico-corporal sin evidencia de sangrado activo ni signos de invasión local o a distancia. Se realiza ecoendoscopia que muestra área papilar de aspecto normal sin signos hemorrágicos, calibre de vía biliar normal y vesícula ocupada por material hipoecoico de 22 × 22 mm sin clara captación Doppler. Con el diagnóstico de hemobilia de origen vesicular se indica colecistectomía laparoscópica hallándose vesícula biliar con características de colecistitis crónica, sin incidencias intraoperatorias. El diagnóstico histológico es informado como neoplasia papilar intracolecística de tipo biliar de 3 centímetros con focal diferenciación gástrica foveolar e intestinal. Presencia de displasia de bajo grado focal, sin componente invasivo y con márgenes de resección libres. La mucosa biliar adyacente presenta metaplasia focal pilórica y cambios de colecistitis crónica. La inmunohistoquímica muestra positividad difusa para CK7, MUC 1, MUC 5AC, así como positividad focal aislada para CDX2, MUC 6 y MUC 2. El paciente es alta al 4 día postoperatorio con hemoglobina de 10,80 gr/dl sin evidencia de sangrado activo permaneciendo asintomático hasta la

fecha.

Discusión: La hemobilia debe incluirse en el diagnóstico diferencial de ictericia obstructiva, anemia y hemorragia gastrointestinal. El diagnóstico debe ser temprano dado que la morbimortalidad es proporcional al retraso en el control del foco hemorrágico. La ultrasonografía abdominal permite establecer el diagnóstico al detectar coágulos en la vesícula o vía biliar, así como su causa. Debe realizarse junto con la endoscopia digestiva alta y la arteriografía para determinar el origen del sangrado. En el caso de tumor vesicular resecable, el tratamiento debe ser quirúrgico.