

## ○ CASO CLÍNICO

# Hemobilia postraumática; tratamiento endoscópico. Presentación de un caso

*Traumatic hemobilia: endoscopic treatment. A case report*

Arturo Vázquez-Reta,<sup>1</sup> Juan Francisco Meléndez-Alhambra,<sup>2</sup> Javier Wong-Castañeda,<sup>3</sup> Ana Lorena Vázquez-Guerrero,<sup>4</sup> Arturo Vázquez-Guerrero<sup>5</sup>

## Resumen

La hemobilia traumática corresponde al sangrado que ocurre en la vía biliar; el evento traumático se identifica en aproximadamente la mitad de los casos y la ictericia obstructiva por hemobilia sólo se desarrolla en 2.5%. Los hallazgos clínicos más frecuentes son: ictericia, cólico biliar, melena y hematemesis. La tríada clásica de ictericia, cólico biliar y hemorragia digestiva está presente en un tercio de los pacientes. Se presenta el caso de un varón joven con hemobilia por trauma abdominal penetrante por objeto punzocortante, que resultó en lesión de la vesícula biliar la cual fue reparada. Desarrolló ictericia obstructiva manejada con CPRE y esfinterotomía endoscópica.

**Palabras clave:** Hemobilia; trauma hepatobiliar; ictericia, esfinterotomía endoscópica; México.

## ○ Abstract

*Traumatic hemobilia defines bleeding into the bile duct. The origin is identified in half the cases and obstructive jaundice due to hemobilia occurs in 2.5%. The most frequent clinical picture is: jaundice, biliary colic, upper or lower gastrointestinal bleeding. The classic triad of jaundice, biliary colic and bleeding presents in only a third of patients.*

*A case of hemobilia due to penetrating abdominal trauma in a young male patient is presented. Operative findings included gallbladder lesion which was repaired. Subsequently, obstructive jaundice developed and was treated with ERCP and endoscopic sphincterotomy.*

**Keywords:** Hemobilia; hepatobiliar trauma; jaundice, endoscopic sphincterotomy; Mexico.

<sup>1</sup>Cirujano General y Endoscopista FACS. Hospital Central Universitario, Departamento de Cirugía Endoscópica

<sup>2</sup>Residente de segundo año de Cirugía General. Departamento de Cirugía General

<sup>3</sup>Cirujano General. Hospital Central Universitario Universidad Autónoma de Chihuahua (UACH)

<sup>4</sup>Cirujana General. Residente de Subespecialidad en Cancerología. Departamento de Oncocirugía. Centre Antoine Lacassagne. Niza, Francia.

<sup>5</sup>Residente de Cirugía General y Abogado. Instituto Mexicano del Seguro Social. Monterrey, Nuevo León.

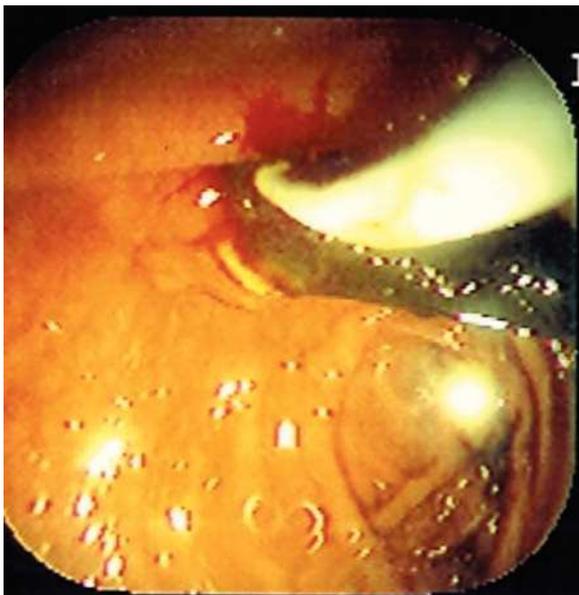
**Correspondencia:** Dr. Arturo Vázquez Reta. Calle Rosales y Ave. Colón N° 3302. Colonia Obrera. Teléfonos (614) 415-6381, (614) 415-1606. Chihuahua, Chih., México. CP. 31350. **Correo electrónico:** dr\_vazquez-reta@hotmail.com

## Presentación del caso clínico

Hombre de 17 años, con antecedentes de tabaquismo, etilismo y uso de marihuana ocasional. Acude por trauma abdominal penetrante en hipocondrio derecho. Ingresó con cuadro de abdomen agudo, se realizó laparotomía exploradora, encontrándose lesión penetrante en vesícula biliar y biliperitoneo de 200 mL; se le realizó colecistografía, lavado y cierre.

Egresó por evolución favorable al cuarto día del posoperatorio. Acudió a nuestro hospital por dolor, fiebre, ictericia leve, náusea, vómito y malestar general, con los siguientes valores bioquímicos: bilirrubina total 2.94, directa 2.48, TGP 326, TGO 457, GGT 136, albúmina 6.2 y fosfatasa alcalina 99. La biometría hemática era normal, serología para hepatitis B y C negativa. Al realizar el ultrasonido, el colédoco midió 11 mm; la vesícula biliar, hígado y páncreas normales. Se realizó colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), encontrando ámpula con disrupción de sus fibras y salida de bilis oscura (**Figura 1**), vía biliar dilatada e imágenes irregulares ocupando su luz (**Figura 2**). Se realizó esfinterotomía y extracción de coágulos con catéter-balón. La evolución posterior fue favorable.

○ **Figura 1.** Esfinterotomía del ámpula de Vater, con salida de bilis y coágulos.

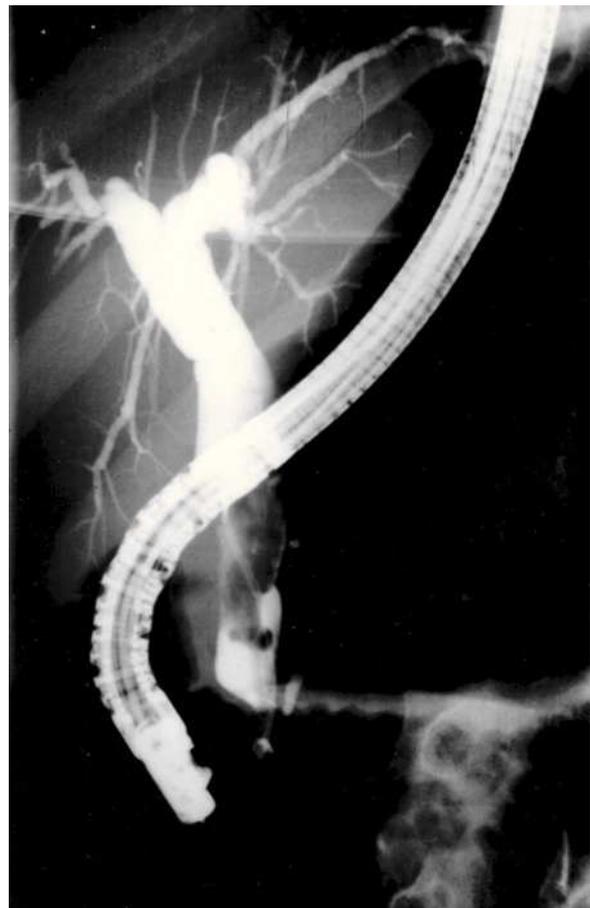


## Discusión

Presentamos un caso de hemobilia e ictericia obstructiva secundarias a trauma abdominal penetrante. Ésta entidad consiste en sangrado en o a través del tracto biliar, debido a trauma, inflamación, colelitiasis, enfermedad vascular o neoplasia.<sup>1,2</sup> El trauma quirúrgico es la principal causa y menos de 2% de los pacientes con trauma hepático, desarrollan hemobilia.

El primer caso de hemobilia fue descrito en 1654; sin embargo, fue hasta 1948, cuando Sandblom acuñó el término.<sup>3,4</sup> Anteriormente, la relación hemobilia traumática/hemobilia iatrogénica, era de 2:1; actualmente la causa iatrogénica es responsable de 40% a 60% de los casos. Entre los procedimientos asociados, están la realización de biopsia hepática percutánea y transyugular (<1%), el drenaje biliar

○ **Figura 2.** CPRE que muestra colédoco dilatado, con imágenes alargadas e irregulares en el interior, ocupando la luz.



transhepático percutáneo (2% a 10%), la exploración de vía biliar, la colocación de endoprótesis, TIPS, así como la colecistectomía abierta y laparoscópica.<sup>5,6</sup> La patología primaria, como aneurisma, hemangioma, tumores malignos hepáticos, del árbol biliar, vesícula y pancreáticos, infecciones parasitarias, abscesos hepáticos y colangitis son causas inusuales.<sup>7</sup>

En la hemobilia traumática, el origen puede ser el hígado (52.7%), la vesícula (23.1%), la vía biliar (22.5%) y el páncreas (1.7%).<sup>8</sup>

En el trauma hepático con ruptura de aneurisma hacia la vía biliar, la angiografía y embolización selectivas, son el tratamiento de elección. La cirugía con ligadura arterial o resección hepática son precisos para el fracaso del manejo endovascular.

Existen dos clases de hemobilia: mayor y menor. La mayor, asociada a flujo biliar, resulta de la formación transitoria de coágulos con posterior degradación debido a las propiedades fibrinolíticas de la bilis. La menor deriva de la formación de coágulos puros, más estables, que causan obstrucción e ictericia.<sup>9</sup>

El paciente que describimos, presentó dos elementos de la tríada clásica, ictericia y dolor además de hemorragia digestiva alta; el índice de sospecha fue alto, dado el antecedente de lesión vesicular reparada, siendo la fuente de sangrado. La CPRE puede ser diagnóstica y terapéutica. La resolución espontánea sin tratamiento es infrecuente.<sup>10</sup>

La lesión aislada de la vesícula biliar debió haberse manejado con colecistectomía, evitando las

complicaciones posteriores. Históricamente, las laceraciones simples de la vesícula han sido tratadas con colecistorrafia, sin embargo, en este caso, no debió realizarse.<sup>11</sup>

La hemobilia traumática es una condición rara, se debe tener alto grado de sospecha frente a un escenario de trauma, la triada clásica está presente en 38%; la CPRE en este caso se constituye en el medio endoscópico diagnóstico y terapéutico idóneo. La lesión aislada de vesícula biliar debe ser tratada con colecistectomía rápida excepto cuando el primer procedimiento quirúrgico es el control de daños.

## Referencias

1. Muñoz C. Fernández M, Brahm J. Traumatic hemobilia: a case report and literature review. *Gastroenterol Hepatol* 2008;31:79-81.
2. Curet P, Baumer R, Roche A, et al. Hepatic hemobilia of traumatic or iatrogenic origin: recent advances in diagnosis and therapy, review of the literature between 1976 to 1981. *World J Surg* 1984;8:2-8.
3. Sandblom P. Why should every physician know about hemobilia? *West J Med* 1991;155:660.
4. Whelan TJ, Gillespie JT. Treatment of traumatic hemobilia. *Ann Surg* 1965;162:920-32.
5. González-Hernández R. Hemobilia: seguimiento de un caso, complicaciones. *Cir Cir Ciruj*;2003;71:137-44.
6. Vyeira-Solis C, et al. Hemobilia recurrente secundaria a cirugía laparoscópica: reporte de un caso y revisión breve de la literatura. *Med Int Mex* 2002;18:110-13.
7. Biliary stricture caused by blunt abdominal trauma: clinical and radiological features in five patients. *Radiology* 1998;207:737-41.
8. Villarreal DH, Norwood S, McAuley C, Berne JD. Hemobilia and subsequent hemocholecystitis complicating blunt hepatic injury. *J Trauma* 2007;62: E18-9.
9. Demyttenaere SV, Hassanain M, Halwani Y, et al. Massive hemobilia. *Can J Surg* 2009;52:E109-E110.
10. Singh V. Endoscopic treatment of traumatic hemobilia. *J Trauma* 2007;62:1045-7.
11. Soderstrom G, et al. Gallbladder injuries resulting from blunt abdominal trauma. *Ann Surg* 1981;193:60-6.