

HEMOBILIA

Dr. ENRIQUE RINCON FIGUEROA*
Dr. OSWALDO ALFONSO BORRAEZ GAONA**

INTRODUCCION

La hemobilia o hemorragia en el tracto biliar es causada por una comunicación anormal entre los vasos sanguíneos y los conductos biliares.

La historia natural de la enfermedad se presenta con una tríada patognomónica: hemorragia gastrointestinal en el 100% de los casos, dolor tipo cólico por el paso de los coágulos a través de la vía biliar en el 70% y la ictericia en el 60% de los casos.

El diagnóstico de esta entidad debe hacerse en base a la historia clínica y antecedentes del paciente, apoyados en medios paraclínicos, como la endoscopia digestiva y la arteriografía selectiva.

Dentro de las causas se deben mencionar el trauma accidental, (en la mayoría de los casos), y el iatrogénico, como también las entidades inflamatorias, los cálculos biliares, los tumores y los trastornos vasculares.

El tratamiento de la hemobilia es quirúrgico esencialmente. La profilaxis se logra con el manejo adecuado de las lesiones hepáticas en la primera exploración de los pacientes traumatizados. Ya instaurado el cuadro clínico la decisión dependerá de la localización de la herida (resección y/o ligadura de la arteria hepática).

MATERIAL Y METODOS

Resumen de Casos Clínicos.

En el período comprendido entre los meses de Julio de 1982 y Diciembre de 1984 en la Sección de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios de Bogotá de la Universidad Nacional de Colombia, se han manejado tres (3) pacientes con hemobilia, los cuales se presentarán y comentarán a continuación:

Caso 1 Se trata de un paciente de 24 años de edad, de sexo masculino quien fue referido al servicio desde un hospital regional, por presentar hemorragia digestiva recurrente y dolor epigástrico. Como antecedente de importancia, este paciente había recibido una herida con A.C.P. penetrante en el abdomen seis meses antes. En

* Profesor Asistente Cirugía General

** Residente (3o. año) Cirugía General

esa oportunidad fue intervenido practicándosele suturas en heridas del diafragma derecho y lóbulo hepático derecho.

A los cinco y medio meses de esta intervención, el paciente presentó durante 4 ocasiones, episodios de sangrado digestivo (hematemesis y melenas), para la cual fue manejado médicamente: líquidos e.v., transfusiones, antiácidos, etc. Ante la no mejoría es posteriormente remitido a nuestro servicio, en donde se encontró un paciente en regular estado, con palidez mucocutánea, ictericia y dolor en el hipocondrio derecho y en el epigastrio.

Se le practicó endoscopia digestiva, la cual mostró la presencia de coágulos a nivel de la pared posterior de la segunda porción del duodeno.

La arteriografía del tronco celiaco (no se hizo selectiva) mostró extravasación del medio de contraste dentro del parenquima hepático. La gammagrafía y la ecografía hepática demostraron una colección líquida intrahepática. (Fig. 1)

Con la historia clínica, los hallazgos físicos, las pruebas de laboratorio y los exámenes de radiología, fue llevado a cirugía con diagnóstico de hemobilia, y se le encontró una colección hemática intrahepática (lóbulo derecho). (Fig. 2) Se le practicó drenaje del hematoma, ligadura de la fístula hemobiliar, ligadura de la rama lobar derecha de la arteria hepática y colecistectomía con exploración de las vías biliares. Evolucionó satisfactoriamente.

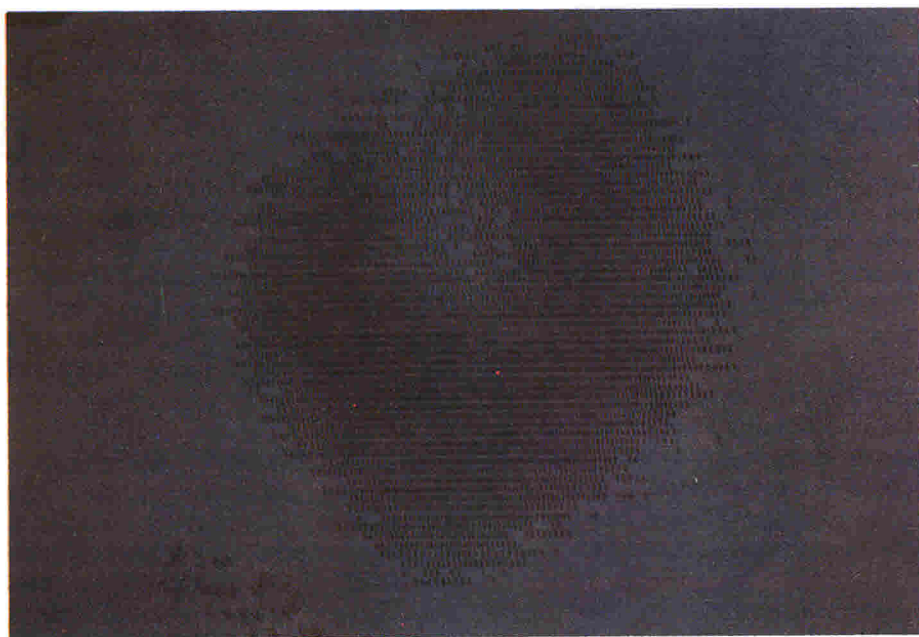


Figura 1 Gamagrafía hepática observese en la parte central superior el gran defecto de llenamiento por la presencia de hematoma intraparenquinoso

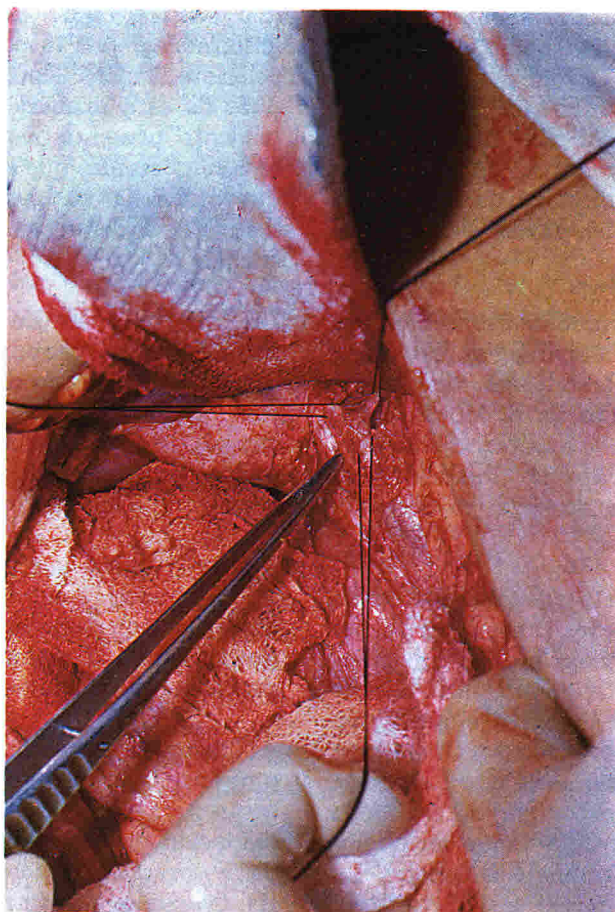


Figura 2 Se muestra el lugar donde se encontró la fistula hemobiliar. Se practicó ligadura independiente de cada una de las estructuras.

Comentario: Es indudable que este paciente sufrió de hemobilia secundaria a su herida abdominal. El manejo inicial del trauma hepático no fué el más adecuado, facilitando la ulterior colección intrahepática y la evolución típica de esta patología (dolor, ictericia y hemorragia digestiva). La sospecha de su enfermedad permitió confirmar el diagnóstico y su tratamiento exitoso poco tiempo después de ingresar a nuestro servicio. Recalcamos aquí la importancia de la prevención de la hemobilia, mediante

el manejo adecuado de las lesiones hepáticas en la primera oportunidad: la laparotomía inicial.

Caso 2 Es un paciente de 32 años quien consultó al hospital por haber recibido trauma abdominal cerrado (atropellado por un vehicule), dolor abdominal, desde un mes antes. Además presencia de hemorragia digestiva en los últimos días.

Al examen físico llamó la atención la palidez mucocutánea y el dolor

abdominal localizado en el hipocondrio derecho.

Le es practicada una endoscopia digestiva la cual fue normal. Una arteriografía selectiva de la arteria hepática fue sugestiva de un posible escape del medio de contraste en el lecho hepático.

Una semana después y sospechándose un cuadro de hemobilia es llevado a cirugía, encontrándosele un hematoma subcapsular en el lóbulo hepático derecho. Se le practicó drenaje del hematoma subcapsular, ligadura de la arteria hepática derecha y colecistectomía.

Comentario: Este paciente por haber sido el último de los casos presentados en nuestro servicio con dicha enfermedad fue relativamente fácil hacerle el diagnóstico y el abordaje quirúrgico prontamente efectuado. Esto nos permite ver claramente que cuando se sospecha una patología determinada es posible hacer un enfoque racional y rápido, con un manejo adecuado. La evolución también fué satisfactoria.

Caso 3 El tercer caso a comentar fué el segundo paciente que ingresó a nuestro servicio. Se comenta al final por ser el mejor documentado y sobre todo por el manejo médico que recibió para tratamiento de su hemorragia digestiva (en un hospital regional del país).

Se trata de un paciente de veinte años de edad, de sexo masculino. Consultó inicialmente por presentar dolor abdominal luego de recibir trauma abdominal cerrado un mes antes (accidente al estrellarse en una motocicleta). Es interpretado el cua-

dro clínico como una colecistitis gangrenosa, por lo cual le practican colecistectomía. Cinco (5) días después de esta primera intervención el paciente presenta hemorragia digestiva importante, que obliga a llevarlo nuevamente a cirugía: se le practica hemostasis de algunas úlceras gástricas.

Un día después de esta segunda intervención, reaparece en forma masiva el sangrado digestivo, por lo cual es llevado por tercera vez a cirugía, practicándosele una ligadura de los pedículos vasculares gástricos, con el ánimo de controlar el sangrado.

Cuatro y cinco meses después presenta sendos cuadros de sangrado digestivo, con deterioro de su estado y una progresiva desnutrición, por lo cual es remitido a nuestro servicio.

Al examen físico encontramos un paciente en mal estado general, caquéctico, icterico y con dolor a la palpación en el hipocondrio derecho. Se le practicó endoscopia digestiva (2), las cuales fueron normales. Rx de vías digestivas altas que mostraron discreto desplazamiento gástrico por compresión extrínseca. Gammagrafía hepática, la cual reveló un defecto de captación del isótopo en un área del lóbulo hepático derecho.

La arteriografía no fue posible practicarla por problemas técnicos.

Durante su estancia en nuestro servicio presentó episodios de sangrado digestivo importantes, los cuales obligaron a administrarle transfusiones y en el último de ellos, a llevarlo a cirugía. Se encontró una gran colección hemática en el lóbulo

hepático derecho, (Fig. 3) el cual fue drenado, se ligó la fistula hemo-biliar y la rama lobar derecha de la arteria hepática.

La evolución post-operatoria fue muy satisfactoria. El seguimiento fue hecho en base a la gammagrafia, pudiendo observarse la completa desaparición del defecto de llenamiento hepático seis (6) meses después.

Comentario: El cuadro clínico de hemobilia en este paciente, fue erróneamente manejado inicialmente, como se deduce de las tres (3) intervenciones practicadas (colecistectomía, hemostasis de supuestas úlceras gástricas y ligadura de los pedículos vasculares gástricos). Esto ha podido evitarse con una cuidadosa exploración en la primera intervención. En la literatura se mencionan muchos casos que han tenido evolución similar, como un caso publicado por el Doctor P. Sandblom, quien padeció esta entidad durante 36 años, desde un accidente a la edad de los 13 años.

Este es un ejemplo impresionante de cómo la hemobilia por lesión central del hígado puede repetirse por periodos variables de tiempo y no ceder hasta que se trate por cirugía adecuada. A pesar de las dificultades diagnósticas, aún en nuestro servicio, el tratamiento realizado fue adecuado y la evolución final del paciente, excelente.

DISCUSION

Definición y Aspectos Históricos

La hemobilia se define como la hemorragia que ocurre a través de las

vías biliares, como consecuencia de una comunicación anormal entre los vasos sanguíneos y los conductos biliares, bien sea causada por traumatismo (lo más frecuente), o por otros tipos de patología.

Ha sido considerada como un acontecimiento raro y hasta se le ha clasificado como "curiosidad médica". La fuente de hemorragia gastrointestinal muchas veces se ha interpretado erróneamente, y la consecuencia ha sido un tratamiento inadecuado, con frecuencia con resultados catastróficos y muertes innecesarias. Hoy en día es diagnosticada más frecuentemente, por el mayor y mejor conocimiento del síndrome y los progresos en los medios diagnósticos. De hecho es probable que la hemobilia ocurra más a menudo por el mayor número de accidentes de tránsito que provocan traumatismos del hígado.

Como los casos de hemobilia eran relativamente raros, o por lo menos raramente llegaban a la luz, solo tardíamente se reconoció el proceso como una entidad médica. Por eso cada caso resultaba en una nueva experiencia para el médico interesado, y la manifestación fue descubierta repetidamente una y otra vez para ser nuevamente olvidada. En 1654 en la primera descripción detallada de la anatomía hepática, Francis Glisson, discute la posibilidad de hemorragia a través del tracto biliar con las siguientes palabras: "Creo que si el hígado es lesionado por una contusión, puede producirse la salida de sangre del cuerpo por la vía del vómito o de las heces, ya que no cabe duda de que el conducto biliar recoge (con gran provecho para el enfermo) parte de la sangre que se vierte en el hígado y la

conduce hacia los intestinos. Desde allí es impulsada hacia arriba mediante el peristaltismo invertido o hacia abajo de la manera habitual”.

En los años siguientes fueron publicados casos ocasionales y fue en 1948 cuando el doctor Philip Sandblom describió otros casos y acuñó el término HEMOBILIA, para referirse a esta entidad.

Origen y Fisiopatología

En la revisión de la literatura encontramos que la hemobilia proviene en aproximadamente la mitad de los casos, del hígado, la cuarta parte desde la vesícula biliar y los conductos biliares extrahepáticos. Solo un pequeño porcentaje se origina en el páncreas.

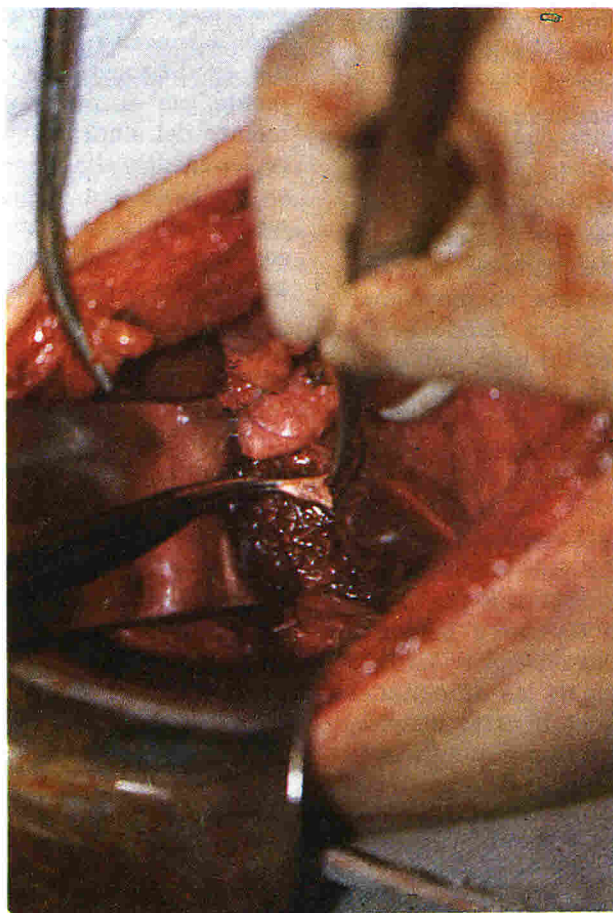


Figura 3 Nótese el gran hematoma intrahepática encontrado en éste caso

HEMOBILIA: FISIOPATOLOGIA (ESQUEMA)

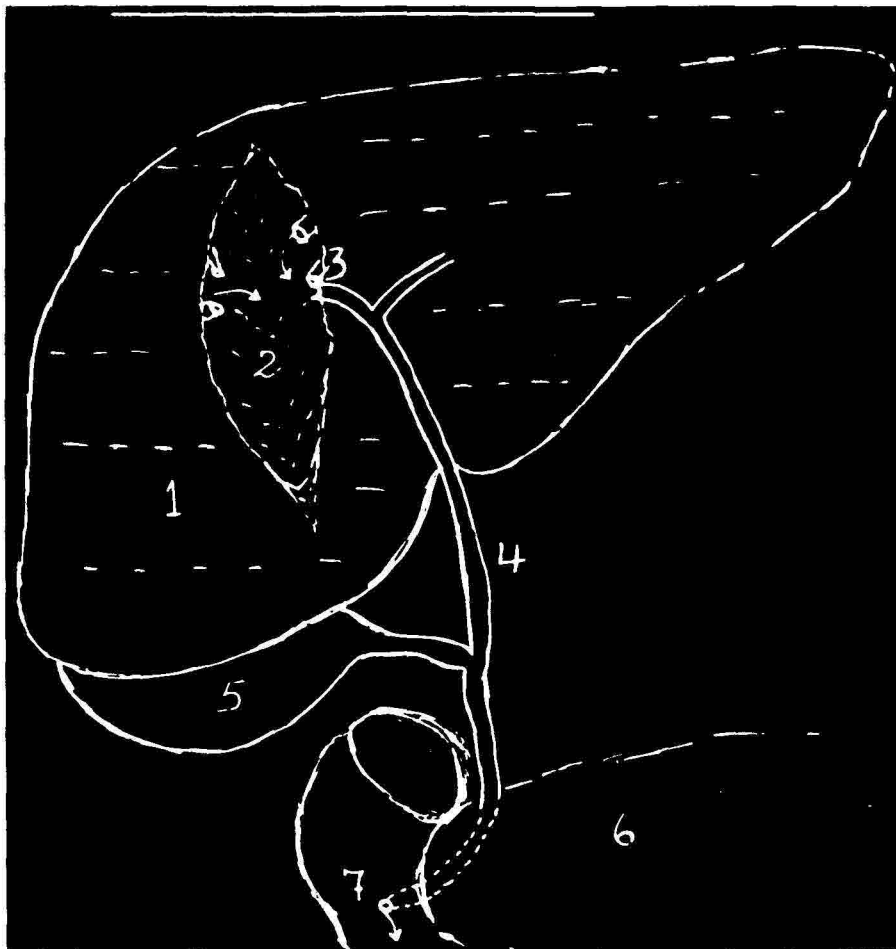


Figura 4 1. Sección (transversal) de hígado. 2. Hematoma intrahepático. 3. Fístula hemo-biliar. 4. Vía biliar. 5. Vesícula biliar. 6. Páncreas. 7. Duodeno (Ampolla de Vater)

En nuestros casos la hemorragia se originó en el parénquima hepático, en todos ellos. (Fig. 4)

Las conexiones anormales entre vasos sanguíneos y los conductos biliares que causan hemobilia se deben generalmente a traumatismos. La lesión puede ser un desgarramiento directo de las estructuras afectadas, o resultar del

daño de la pared arterial con necrosis y rotura posteriormente hacia el árbol biliar. Una masa necrótica infectada de hígado desvitalizado causa hemobilia al erosionar los vasos y los conductos en su periferia. Los trastornos inflamatorios, cálculos y neoplasias en el conducto biliar producen en ocasiones el mismo fenómeno. Es la hemobilia una manifestación especta-

cular de aneurismas rotos de la arteria hepática.

La hemorragia es variable, cuando es ligera, la sangre se mezcla con la bilis y penetra al líquido intestinal. Si la sangre excede del 70% de la mezcla, se coagulará formando un molde que se comportará como cálculos, causando dolor cólico y llevando a una ictericia de tipo obstructivo.

Manifestaciones Clínicas

Clásicamente los pacientes con hemobilia se quejan de dolor recurrente tipo cólico en la parte superior del abdomen, seguido de hemorragia gastrointestinal e ictericia obstructiva. En la mayoría de los casos estos pacientes tienen antecedentes de lesión hepática, traumatismo abdominal o cirugía hepática. Siempre hay que considerar el diagnóstico en casos de hemorragia gastrointestinal cuando el paciente tiene una afección hepatobiliar conocida.

En ocasiones se presentará como un cuadro de shock hemorrágico o anemia secundaria crónica (según sea la severidad del sangrado).

Cuando el diagnóstico es hecho tardíamente, será un hallazgo en la necropsia, o son pacientes intervenidos tardíamente, luego de varias cirugías, muchas de ellas como resecciones "ciegas".

En nuestros pacientes la tríada clásica de: hemorragia gastrointestinal, cólico biliar e ictericia, se presentó en todos.

Etiología

Las causas corrientes de comunicación anormal entre vasos sanguíneos y tracto biliar que provocan hemobilia tenemos: los traumatismos ocasionados en accidentes (cerrados y abiertos), en intervenciones quirúrgicas y diagnósticas, la inflamación, los cálculos biliares, los tumores y los trastornos vasculares.

En la hemobilia oculta, la etiología litiasica constituye la inmensa mayoría, dado que el cólico biliar por cálculos va casi siempre acompañado de una diminuta hemorragia por la mucosa del tracto biliar lesionada. En la era anterior a la colecistografía, la aparición de melena microscópica era uno de los signos diagnósticos principales de litiasis biliar. Ocurre aproximadamente en uno de cada tres casos. Puede también ser una hemorragia masiva, por erosión de un cálculo sobre la arteria cística.

La causa más común de hemobilia en el mundo occidental es el trauma, accidental o iatrogénico.

El mecanismo del trauma penetrante es evidente. En la actualidad son "arma" corriente la aguja para biopsia, el catéter para colangiografía transparieto-hepática o con fines descompresivos. También ocurre durante la instrumentación del árbol biliar intraoperatoriamente. En el trauma contuso el parénquima hepático frágil e inelástico, se desgarrará fácilmente, al ser comprimido. La fuerza de disrupción es máxima en el centro del órgano que se combina a menudo con lesiones superficiales más pequeñas causadas por la fuerza directa.

Cuando no se hace el manejo adecuado de estas lesiones, la cavidad se llena progresivamente, y luego de días o semanas la presión impulsará los coágulos a lo largo del tracto biliar hasta el intestino; durante estos acontecimientos el enfermo experimentará primero un dolor sordo creciente en la región hepática, luego vendrá el cólico biliar (por los coágulos), ictericia y finalmente la hematemesis y la melena.

El enfermo se sentirá aliviado, cede la hepatomegalia y la ictericia remite, induciendo a formular un pronóstico favorable erróneamente. Esto solo es transitorio y el curso se repetirá en varias ocasiones. Así el síndrome entra en una evidente periodicidad (cronicidad).

La explicación del curso curioso de la hemobilia traumática reside en el hecho paradójico de que el hígado se regenera rápidamente, pero se cura con lentitud (las células se regeneran rápidamente, pero el tejido fibroso lo hace lentamente y el colágeno no madura durante meses).

El gran número de casos inflamatorios, ocurren en el Lejano Oriente y es debido generalmente a los nemátodos (áscaris lumbricoides). Allí es conocida como la hemobilia "tropical". Los tumores hepáticos no muestran tendencias a sangrar en los conductos. El hepatoma originado en el epitelio de los conductos es el que más la podría originar, igual que los hemangiomas. Los tumores metastásicos casi nunca sangran, pero sí se han descrito casos de hemobilia por metástasis a la vesícula biliar o en el tracto biliar.

La enfermedad vascular solo la produce en aproximadamente el 10% de los casos. Dentro de ellas tenemos: los aneurismas de la arteria hepática, lesiones vasculares asociadas con hipertensión arterial y algunos casos de hipertensión portal.

En los pacientes referidos en nuestra revisión, la hemobilia se debió a trauma abdominal en todos: penetrante en uno y cerrado en los dos restantes (accidentes de tránsito).

Diagnostico

La hemobilia debe incluirse en el diagnóstico diferencial de hemorragia gastrointestinal, ictericia obstructiva, dolor abdominal y anemia.

La hemorragia gastrointestinal en pacientes sin úlcera péptica que no son alcohólicos, debe hacernos pensar en ella. Un antecedente reciente o remoto de lesión en el cuadrante superior o enfermedad biliar o hepática hace que la hemobilia sea una clara posibilidad.

Los errores que retrasan o interfieren el diagnóstico a ignorancia, error de juicio en pacientes con historia de traumatismo, a falta de identificación del grado de hemorragia, atribuirle a úlcera por stress o pensar que la ictericia se debe a una hemólisis o hepatitis.

La endoscopia gastrointestinal es un procedimiento diagnóstico muy útil para las hemorragias del tubo digestivo alto y debe ser empleada en forma sistemática. En casos de hemobilia, el endoscopista puede eliminar muchos diagnósticos alternativos y confirmarlo al observar el sangrado proveniente de la ampolla de Vater.

Una vez que se sospecha hemobilia, el método standar para el diagnóstico es la ARTERIOGRAFIA. Esta, siempre debe considerarse en una hemorragia gastrointestinal "inexplicable". El uso de la arteriografía con fines diagnósticos y terapéuticos ha aumentado más que cualquier otro factor, nuestra capacidad para diagnosticar la hemobilia. El arteriograma muestra el punto real de hemorragia, un aneurisma, o vasos anormales, más una cavidad, después de un traumatismo. Pueden observarse tumores.

Es posible que en una hemorragia importante el diagnóstico se establezca sin laparotomía. La observación de sangre en las vías biliares o la identificación o un tumor en el hígado puede llevar al diagnóstico correcto. La exploración de las estructuras del hilio hepático y vesicular debe proporcionar pruebas de la existencia de cálculos u otras fuentes inflamatorias de hemorragia.

Otros medios que pueden ayudar a establecer el diagnóstico son: la colecistografía, la gammagrafía hepática, la ecografía y la escanografía.

Tratamiento

El tratamiento de la hemobilia es esencialmente quirúrgico. Con el manejo adecuado del trauma hepático hacemos un manejo profiláctico y preventivo de ella, sea con suturas, ligaduras específicas de vasos sanguíneos y canalículos biliares, resecciones segmentarias o ligadura de la arteria hepática.

Ya establecida la hemobilia (y dada su magnitud), dependiendo de la localización de la lesión se practicará:

resecciones hepáticas (preferiblemente para las lesiones periféricas), y/o ligadura de la arteria hepática (sobre todo en lesiones localizadas centralmente y en las vecinas al hilio).

Debe insistirse en el debridamiento y drenaje de las colecciones intrahepáticas y si es posible la identificación de la fístula hemo-biliar o de los sitios específicos de escurrimiento biliar y sanguíneo; deben ligarse cuidadosamente.

Casi siempre es necesario explorar el colédoco, ya que puede encontrarse obstruido por coágulos y se drenará la vía biliar con un tubo en T.

Si la hemobilia está relacionada con una enfermedad primaria de las vías biliares lo indicado es hacer una colecistectomía y evacuar los coágulos del conducto colédoco.

Se menciona el tratamiento no quirúrgico, cuando las lesiones son pequeñas, sin obstrucción del árbol biliar y los episodios de sangrado son leves y sin consecuencias para el paciente. Deben vigilarse estrictamente en busca de signos de infección o de deterioro de la función hepática y hacerles el seguimiento con arteriografía selectiva en forma seriada, para establecer la cicatrización de la lesión.

RESUMEN

Se presentan tres (3) casos de pacientes con hemobilia, los cuales fueron manejados en la sección de Cirugía General del Hospital San Juan de Dios de Bogotá, en los dos últimos años. En todos ellos la causa fue traumática (trauma cerrado o herida por a.c.p.). En uno de ellos se

había practicado múltiples intervenciones quirúrgicas antes del ingreso al hospital y de hacerse el diagnóstico preciso.

Realizado el diagnóstico, se les practicó drenaje de la colección intrahepática, ligadura de la fistula bilio-vascular y ligadura selectiva de la arteria hepática. La evolución post-operatoria de los pacientes fue satisfactoria.

Finalmente se llama la atención sobre esta entidad clínica reconocida desde el siglo XVII, pero que aún en la actualidad sigue siendo identificada tardíamente y que en ocasiones origina la pérdida de estos pacientes.

SUMMARY

We present three cases of patients with hemobilia that have been mana-

ged in the Surgical Service of San Juan de Dios Hospital of Bogota, in the last two years. All these cases were caused by blunt trauma or penetrating wounds. On one of these cases, multiples surgical operations were practiced before entering the hospital and before doing any exact diagnosis.

Once the diagnosis was done draining of the intra-hepatic collection, ligation of the bile-vascular fistula and a selective ligation of the hepatic artery were practiced. Post surgery evolution of patients was satisfactory.

Finally, attention to this clinic entity recognized since XVII century is made, but up to now it keeps being lately identified, thus leading to these patients are lost.

BIBLIOGRAFIA

1. Broderick N.J. et al.: Death from a sharp stone a fatal case of Hemobilia. *Postgrad. Med. J.* 57: 396-397, 1981.
2. Goodnight J., y Blaisdell F.: Hemobilia. *Surg. Clin. North Am.* 4: 955-961, 1981.
3. Hendren Hardy W., Warshaw A., et al.: Traumatic Hemobilia. *Ann. Surg.* 174: 991-993, 1971.
4. Lockwood T, L. Schorn, D. Coln.: Nonoperative management of Hemobilia. *Ann. Surg.* 185: 335-340, 1977.
5. M. Mc Arthur, D. Teergarden.: Metastatic Melanoma presenting as obstructive jaundice with Hemobilia. *The Amer. J. Surg.* 145: 830-832, 1983.
6. Sandblom P.: Hemobilia. *Surg. Clin. North Am.* 53: 1.191-1.201, 1973.
7. Sandblom P., and Mirkovitch, V.: Hemobilia: Some salient features and their causes. *Surg. Clin. North Am.* 57: 397, 1977.
8. Sandblom P., Mirkovitch V., and Saegesser F.: Formation and fate of fibrin clots in the biliary tract. *Ann. Surg.* 185: 356-366, 1977.
9. Sandblom P., and Mirkovitch V.: Minor Hemobilia. *Ann. Surg.* 19: 254-264, 1979.
10. Sarr M., S. Kaufman et al.: Management of Hemobilia associated with transhepatic internal biliary drainage catheters. *Surgery* 95: 603-607, 1984.
11. Schwartz.: Biliary tract surgery and cirrhosis: A critical combination. *Surgery* 90: 577-583, 1981.