



Hemobilia Postraumática por Fístula Arterioiliar

Presentación de 1 caso

L.M. ORTIZ, M.D., F.N. GILLY, M.D., A. FRANÇOIS, M.D., H. REBAUDET, M.D., P.Y. CARRY, M.D., N. FRANÇOIS, M.D., P. CHATELARD, M.D., G. BRAILLON, M.D.

Palabras claves: Hemobilia, Trauma hepático, Fístula arterioiliar, Dolor, Hemorragia, Ictericia, Arteriografía, Embolización selectiva.

Se presenta un caso de hemobilia postraumática con fístula arterioiliar; se comenta la sintomatología del cuadro clínico; se mencionan los medios diagnósticos para esta patología rara; se preconiza el tratamiento por embolización selectiva y se hace una revisión de la literatura sobre el tema, en la que se informa sobre 73 casos publicados hasta 1981 (4).

CASO CLINICO

Paciente de 20 años hospitalizado el 21 de mayo de 1989 por politraumatismo con fractura de pelvis, acetabular de fémur, trauma craneano con pérdida inmediata del conocimiento y hemoperitoneo. Una laparotomía de urgencia pone en evidencia una herida del lóbulo izquierdo del hígado, que fue suturada, y una ruptura del bazo que indicó la esplenectomía. Seis días más tarde el estado neurológico mejora y el paciente es trasladado al servicio de ortopedia.

En agosto de 1989, 3 meses después del accidente, el paciente ingresa al servicio de urgencias por hematemesis; la endoscopia visualiza una úlcera pospilórica y se inicia tratamiento con Omeprazole. En septiembre de 1989, o sea, 9 meses después del accidente, es hospitalizado nuevamente en el servicio de urgencias por dolor intenso en el hipocondrio derecho, hematemesis y vómito. Al examen clínico presenta una vesícula aumentada de tamaño y a tensión. El laboratorio evidenció anemia (hemoglobina 8 g/L, hematocrito 25%) y colestasis importante. La gastroscopia reveló una hemorragia activa en la segunda porción del duodeno de origen impreciso. Una primera ecografía sugiere un diagnóstico de hemobilia, y una segunda concluye en la existencia de una colecistitis alitiásica con

dilatación de las vías biliares intrahepáticas. Ante este cuadro se realiza laparotomía exploradora, en la cual se encontró la vesícula aumentada de tamaño, de gruesas paredes; una punción vesicular confirma el diagnóstico de hemobilia. La exploración del estómago y del duodeno no reveló lesiones sugestivas de úlcera. Se tomó una radiografía intraoperatoria la cual mostró dilatación importante de la vía biliar principal y de las intrahepáticas, con presencia de múltiples imágenes lacunares y móviles en el colédoco. Teniendo en cuenta el antecedente traumático del hígado, el diagnóstico de presunción fue el de fístula arterioiliar intrahepática izquierda. Inmediatamente se efectúa una arteriografía colicomesentérica que muestra la existencia de una fístula arterioiliar entre una rama de la coronaria estomáquica o gástrica izquierda y un conducto hepático



Fig. 1. Arteriografía que muestra la existencia de una fístula arterioiliar entre una rama de la coronaria estomáquica (o gástrica izquierda) y un conducto hepático izquierdo.

Doctores: Lidia M. Ortiz, François N. Gilly, Pierre Y. Carry, Philippe A. Chatelard y Georges G. Brailion del Servicio de Cirugía General y Torácica; A. François del Servicio de Radiología; H. Rebaudet y N. François del Servicio de Hepatogastroenterología. Centro Hospitalario Lyon Sud, 69310, Pierre Bénite, Francia.

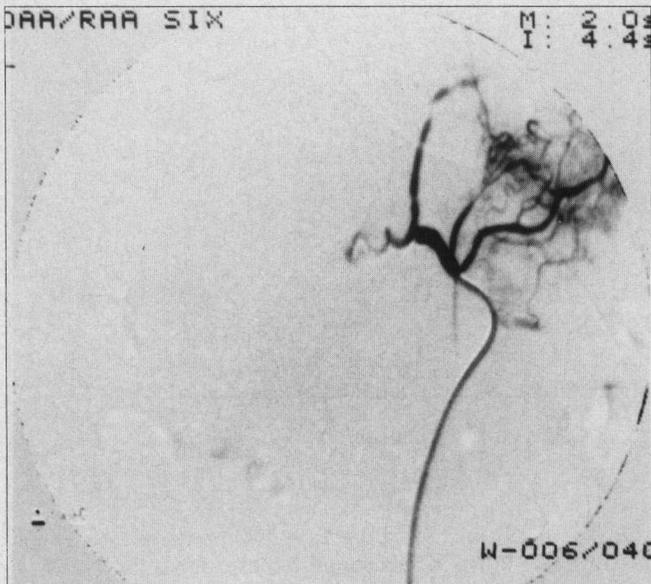


Fig. 2. Arteriografía que muestra la cesación de la hemorragia inmediatamente después de la embolización selectiva de la fístula arterioiliar.

izquierdo (Fig. 1). Se realiza una embolización selectiva con espirales de Gianturco y bolas de Ivalán (Dr. A. François) con óptimo resultado: interrupción inmediata de la hemorragia (Fig. 2). El control radiográfico realizado 8 días después, fue normal; se retira el catéter (Fig 3). Tres meses después el paciente fue visto en control, encontrándose en excelente estado general.

DISCUSION

El primer caso de fístula arterioiliar postraumática, fue publicado en 1848 por HK Owen (9), pero el término hemobilia, fue utilizado por primera vez por Sandblom, en 1948 (11).

La frecuencia de hemobilias postraumáticas parece incrementarse debido al aumento de traumas abdominales especialmente por accidentes de tránsito. Esta lesión se produce en un 2% de los politraumatismos con heridas hepáticas (4).

La lesión esencial es una comunicación vasculobiliar intrahepática, más frecuente arterial que portal. La causa principal es traumática (60 a 95%, según los autores) aunque existen otras causas: iatrogénicas, angiocolitis, tumores, alteraciones de la coagulación y patologías inflamatorias. Para algunos, la sutura superficial del hígado con lesiones hepáticas profundas, permite la acumulación bajo presión, de sangre, bilis y tejido necrótico que se drenarían a los canales biliares. Este mecanismo puede ser el origen de algunas fistulas postraumáticas (1, 4, 8).

El diagnóstico de hemobilia es delicado respecto a los parámetros clínicos; nuestra observación coincide con las publicaciones de la literatura.

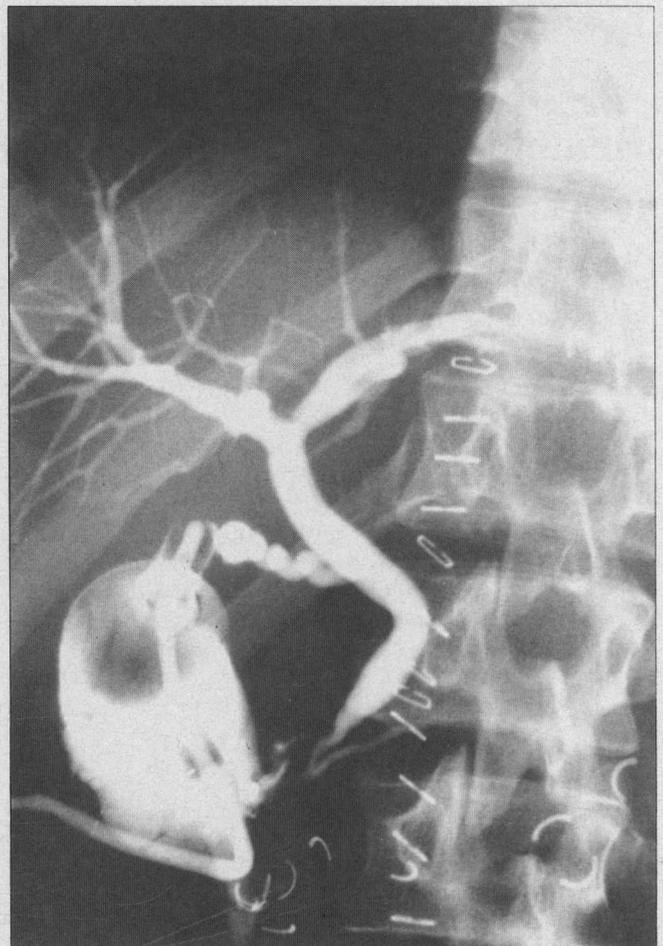


Fig. 3. Control radiológico tomado 8 días después de la embolización selectiva de la fístula arterioiliar.

La tríada de Sandblom (dolor, hemorragia e ictericia) es altamente sospechosa, pero es inconstante. Los dolores predominantes en el hipocondrio derecho y la ictericia (por obstrucción de la vía biliar principal por coágulos) son variables. Las hemorragias digestivas cada vez más abundantes, se manifiestan bajo la forma de hematemesis o melenas. Otros signos clínicos informados son: hipo y fiebre, de manera inconstante.

El intervalo entre el traumatismo inicial y la manifestación clínica de la hemobilia es fluctuante entre las 16 horas y 3 1/2 años, según la literatura médica (7).

Los parámetros paraclínicos, muestran signos precoces de sufrimiento hepatocelular (elevación de gamma-glutamyl-transferasa, fosfatasas alcalinas, transaminasas y bilirrubina directa). La ecografía y el escáner pueden en algunos casos, como en el nuestro, sugerir el diagnóstico; la ecografía informa sobre imágenes heterogéneas intravesiculares sin cono de sombra, correspondientes a los coágulos sanguíneos en formación (4); el escáner permite localizar el hematoma intrahepático bajo la forma de imagen hipodensa. La centelleografía biliar no aporta una objetiva información (13). La fibroscopia esofagogástrica, cuando permite la

observación de la papila, puede facilitar el diagnóstico pero la naturaleza intermitente de la hemorragia puede informar falsos negativos. La colangiografía transpapilar puede visualizar imágenes pseudolitiásicas (coágulos sanguíneos) en la vía biliar principal (3). La arteriografía es el medio diagnóstico más eficaz; confirma el diagnóstico y precisa el lugar de la fistula arteriobiliar y en algunos casos permite el tratamiento por embolización selectiva como en nuestra observación.

Las indicaciones terapéuticas se realizan en función del estado general del paciente, la edad, y el estado hepático. La hepatectomía es el método más radical, al extirpar la fistula y facilitar el drenaje del foco de necrosis formado en el centro del hígado. En la hepatectomía la mortalidad es alta, 20 a 70%, según algunos autores (6, 10, 13). Teniendo en cuenta la edad de nuestro paciente preferimos no acudir a este procedimiento.

La ligadura arterial recomendada por Spectror (14) permite cohibir la hemobilia pero entraña riesgo de necrosis; su utilización en el tratamiento de la hemobilia postraumática presenta, además, un riesgo del 20% de recidivas (6).

El desarrollo actual de la radiología intervencionista y las embolizaciones supraseductivas que han demostrado su eficacia e inocuidad en nuestra observación, podrían aportar la solución ideal para el tratamiento de las fistulas arteriobiliares postraumáticas (6).

La primera utilización de esta técnica terapéutica, fue informada por Walter en 1976 en una fistula arteriobiliar de origen iatrogénico (15). Como la ligadura arterial, la embolización es seguida de una citólisis transitoria. De hecho, se desarrolla una circulación colateral intrahepática (2). Las embolizaciones supraseductivas utilizan *Spongel*, *Gelfoam*, *Silastic*, espirales de *Gianturco* (no absorbibles) y "bolas de Ivalan". Curet informó 28 casos de embolización arterial selectiva (*Spongel*) en hemobilias, con buenos resultados en 24 de

ellos, 2 repermeabilizaciones y 2 muertes por insuficiencia hepatocelular (4).

El pronóstico a largo plazo de esta patología es aceptable siempre que la terapéutica inicial permita el tratamiento adecuado de la fistula, pero queda disminuido por una alta mortalidad inmediata de 40 a 50% (13). Esta mortalidad es variable según la localización de la fistula, y se ha reducido considerablemente por la utilización de la embolización supraseductiva.

En conclusión, las fistulas arteriobiliares postraumáticas son una patología rara, de diagnóstico difícil. Aunque su pronóstico es sombrío, la radiología intervencionista, con posibilidad de embolización supraseductiva, al utilizar materiales no absorbibles, parece aportar una solución nueva y eficaz con una morbilidad aceptable y una mortalidad inferior a la de la hepatectomía.

ABSTRACT

A case of post-traumatic hemobilia with arteriobiliar fistula is presented. The Clinical Symptoms are mentioned, as well as the diagnostic approach for this unusual pathology. Therapy with selective embolization is recommended. The bibliographic search about this topic is done, in which 73 cases published up to the year 1981, were found.

RÉSUMÉ

Un cas d'Hémobilie traumatique avec une fistule arteriobiliar est présenté. La symptomatologie est commentée ainsi que les méthodes diagnostiques utilisées pour cette rare pathologie, sont mentionnées.

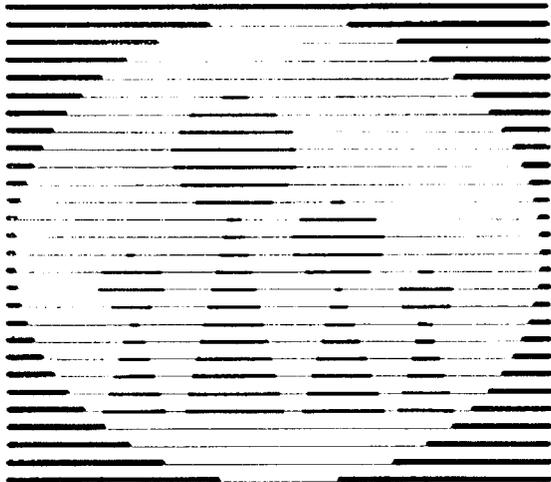
Son traitement par embolisation arteriographique selective est preconisé et une révision de la littérature sur le sujet est réalisée sur les 73 cas publiés jusqu'à 1981.

REFERENCIAS

1. Aronsen K F, Erickson B, Hagestrand I, Nosslin B, Nylander G, Pihl B; Hemobilia after primary suture of deep liver rupture. *Acta Chir Scand* 1970; 136: 517-20.
2. Bass E M, Med M, Crosier J H: Percutaneous control of post-traumatic hepatic hemorrhage by gelfoam embolization. *J Trauma* 1977; 17 (1): 61-3
3. Carabalona P, Colin, Carabalona J P: Hémobilias traumatiques: 8 observations. *Chirurgie* 1984; 110: 705-10
4. Curet P, Baumer R, Roche, Grellet J, Mercadier M: Hepatic hemobilia of traumatic or iatrogenic origin: Recent avances in diagnosis and therapy. Review of the litterature from 1976 to 1981. *World J Surg* 1984; 8: 2-8
5. Fagan E A, Allison D J, Chandwick D S, Hodgson H J: Treatment of hemobilia by selective arterial embolization. *Gut* 1980; 21: 541-4
6. Heimbach D M, Fergusson G S, Harley J D: Treatment of traumatic hemobilia with angiographic embolization. *J Trauma* 1978; 18 (3): 221-4
7. Kayabali I: Hémobilie traumatique: á propos d'un cas traité et guéri par hépatectomie droite réglée. *Lyon Chir* 1967; 63: 94-104
8. Mc Innis W D, Richardson J D, Bradley J: Hepatic trauma: Piffalls in management, *Arch Surg* 1977; 112: 157-8
9. Owen H K: Case of lacerated liver. *London Med Gazette* 1848; 7: 1048-54

10. Reinhardt G F, Hubay C A: Surgical management of traumatic hemobilia. Am J Surg 1971; 121: 328-33
11. Sandblom P: Hemorraghe into the biliary tract following trauma: "traumatic hemobilia". Surgery 1948; 24: 571-86
12. Sandblom P, Saegesser F, Mirkocitch V: Hepatic hemobilia: Hemorrhage from the intrahepatic tract, a review. World J Surg 1984; 8: 41-50
13. Saubier E C, Brault J A, Lequin P, Partensky C; Hemobilie post- traumatic retardée, traitée et guérie par hépatectomie gauche. Lyon-Chir 1972; 21: 458-61
14. Spector N: Ligation of the right hepatic artery in hemobilia; report of a case with recovery. Ann Surg 1957; 145: 244-5
15. Walter J F, Paaso B T, Cannon W B: Successful transeatheter embolic control of massive hemobilia secondary to liver biopsy. Am J Roentgenol 1976; 127: 847-8

ASOCIACION COLOMBIANA
DE NUTRICION CLINICA



V CONGRESO
ANUAL

"AVANCES EN METABOLISMO
Y SOPORTE NUTRICIONAL"

MAYO 1,2,3, Y 4, DE 1991
CENTRO DE CONVENCIONES
GONZALO JIMENEZ DE QUESADA
BOGOTA - COLOMBIA