

CASOS CLINICOS

Hemobilia traumática. Su tratamiento mediante embolización arterial selectiva

Dres. Alberto Piñeyro*; Luis Carriquiry*; José L. Rodríguez*
Eduardo Tiscornia**; Mario Sálce** y Alicia Delgado***.

RESUMEN

Se presenta un caso de hemobilia traumática que se presentó a las 5 semanas de una resección hepática por herida de bala. Se practicó la embolización arterial superselectiva que detuvo el sangrado. Se hace una breve revisión del tema.

SUMMARY

Traumatic Hemobilia. Its Treatment by Selective Arterial Embolization.

One case of hemobilia is presented.

This condition appeared five weeks after a liver resection performed because of a bullet wound.

Superselective arterial embolization was performed to stop the bleeding. A brief review of the subject is also presented.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS
Hemobilia Embolization, Therapeutic Hemorrhage, gastrointestinal/Radiology.

INTRODUCCION

Se denomina hemobilia, al sangrado de una lesión hepato-biliar a través del tracto biliar hacia el tubo digestivo. En el año 1654 Francis Glisson describe el primer caso pero es el cirujano sueco Philip Sandblom quien en 1948 sugiere por primera vez el término de Hemobilia (11).

La hemobilia traumática es una complicación poco frecuente de la herida hepática. En el año 1972 Sandblom en una revisión muy completa de la bibliografía mundial recopila 137 casos. A nivel nacional, Larghero publica en 1954 el primer caso de hemobilia traumática (6). Desde entonces son pocos los casos que hemos podido revisar:

1956 Valls (16) - 1965 Taibo (13) - 1969 Delgado (2) - 1970 Rosa (17) - 1973 Torterolo en su tesis

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 14 de Julio de 1982.

*Asistente de Clínica Quirúrgica, **Prof. Adj. del Depto. de Radiología, *** Asistente del Depto. de Radiología.

Dirección: Ibicuy 1116, Montevideo. (Dr. A. Piñeyro)

Trabajo conjunto de: Clínica Quirúrgica "B"
Prof. Dr. Jorge Pradines - Departamento de Radiología del Hospital de Clínicas Prof. Dr. Nelson Azambuya.

de doctorado sobre heridas complejas del hígado (14).

La hemobilia traumática suele verse entre 1 y 6 semanas después de la lesión hepática.

Del punto de vista diagnóstico resulta fundamental el antecedente traumático. Su sintomatología depende de la magnitud del sangrado. Si este es moderado, difícilmente la hemobilia sea diferenciable de otros sangrados digestivos. Cuando la hemorragia es mayor, se forman coágulos en la vía biliar y aparecen entonces el dolor cólico y la ictericia.

Dentro de los exámenes complementarios, la endoscopia confirmando el sangrado a través de la papila y descartando otras causas de sangrado; la centellografía y últimamente la ecografía y la tomografía computada señalando el sitio y el tamaño del hematoma pueden ser de utilidad. Pero seguramente es la Arteriografía Selectiva el principal auxiliar diagnóstico, que posee además potencial terapéutico.

Referente al tratamiento de la hemobilia traumática resulta fundamental tener en cuenta dos factores:

- 1) La magnitud del sangrado
- 2) La existencia de una cavidad intrahepática

La hemorragia masiva o persistente o en aquella en la cual existe cavidad intrahepática, es de sanción quirúrgica. Dentro del arsenal terapéutico disponemos de: debridamiento y drenaje de la cavidad hepática, la hemostasis de los sitios de sangrado, la ligadura de la arteria hepática y por último la resección hepática.

En cambio, la hemobilia no masiva o en la cual no fue posible demostrar una cavidad intrahepática puede ser sometida a tratamiento no quirúrgico. Dentro de éste, en los últimos años ha adquirido singular interés la Embolización Arterial Selectiva (5, 7, 15)

El primer caso de embolización arterial terapéutica fue publicado en el año 1967 por Newton y Adams. Pero es a partir de 1972 con los trabajos de Josef Rosch de Oregón que el método se desarrolla ampliamente.

En el campo de la embolización arterial selectiva en la hemobilia traumática, la revisión de la literatu-

ra mundial revela muy pocos casos. En 1976 Walter y cols. publican un caso de embolización en el curso de una hemobilia secundaria a una P.B.H. En 1978 Heimbach presenta el primer caso de embolización frente a una hemobilia traumática (4). Desde entonces son pocos los casos publicados (1, 3, 9, 10).

No tenemos conocimiento de ninguna presentación similar en nuestro medio, por tanto consideramos a ésta como el primer caso a nivel nacional de embolización arterial selectiva en una hemobilia traumática.

CASO CLINICO

Se trata de un paciente del sexo masculino J.N. de 24 años No. Reg. 481.312 que ingresa al Hospital de Clínicas el 8 de Agosto de 1981 por herida de bala tóraco-abdominal derecha. Se opera de urgencia (Dr. Rinaldi) y se constata lesión compleja de lóbulo derecho de hígado y herida de riñón derecho con compromiso del pedículo. Se practica la nefrectomía y una hepatectomía de los segmentos 6 y 7, optándose además por una colecistostomía.

Estando en sala cursando un postoperatorio aceptable, instala a las 5 semanas un sangrado brusco que se evidenció simultáneamente por el trayecto aún no obliterado de un tubo yuxtahepático y por la colecistostomía. A través de ésta última en pocos minutos asistimos al llenado del frasco de drenaje biliar con aproximadamente 400 cc. de sangre roja quedando en el sobrenadante unos 100 cc. de bilis.



Fig. 1 - Cateterización superselectiva de la rama de la arteria hepática correspondiente al segmento 8, donde se demuestra la extravasación de contraste.

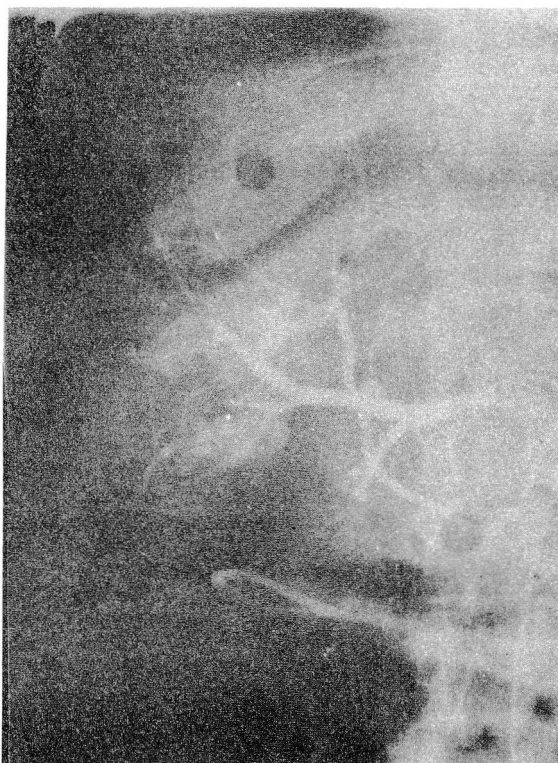


Fig. 2 - Arteriografía hepática postembolización de la arteria sangrante, donde no existe extravasación de contraste. Colecistocolangiografía, efectuada por el tubo de colecistostomía, que se realizó en forma simultánea a la arteriografía.

El cuadro clínico se acompañó de una repercusión hemodinámica moderada que obligó a la reposición de la volemia.

Se decidió practicar de inmediato una arteriografía de tronco celíaco, vía arteria femoral, que mostró en la fase arterial una extravasación de contraste a nivel del lóbulo derecho del hígado. Un cateterismo superselectivo de la arteria hepática permitió identificar la arteria responsable del sangrado (segmento 7) y llevar el extremo del catéter hasta el ostium de la misma (Fig. 1).

Se efectuó una embolización superselectiva de la arteria segmentaria, comprobándose mediante arteriografía de control que ya no existía extravasación del contraste, lo que coincidió con la detención de la hemorragia del punto de vista clínico (Fig. 2).

COMENTARIOS

Este caso demuestra las posibilidades que brinda la embolización terapéutica, uno de los métodos de la Radiología Intervencionista, en el control de las hemorragias agudas.

Pero, para que éste caso no sea uno aislado, debe tenerse conciencia que se debe estar preparados para actuar a cualquier hora los 365 días del año. Esta

responsabilidad debe ser compartida por todos los médicos y administradores hospitalarios, si es que deseamos contar con un Servicio de Radiología Vascular de Emergencia y poder así brindar la misma asistencia a todos los pacientes a cualquier hora.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BASS E.M.; MED. M.; CROSIER, J.H.: Percutaneous control of posttraumatic hepatic hemorrhage by gelfoam embolization. *J. Trauma* 17: 61, 1977
2. DELGADO, B.; PRADERI, R.; CASSINELLI, D.: Seudoquistes posttraumáticos de hígado. Trombosis portal, hemobilia. *Cir Uruguay* 39: 30, 1969.
3. EGGINK W.F.; PERLBERGER, R.R.; VANURK, H.: Angiographic control of traumatic hemobilia by selective arterial embolization. *Br. J. Surg.* 64: 635, 1977.
4. HEIMBACH, D.; FERGUSON, G.; HARLEY J.: Treatment of traumatic hemobilia with angiographic embolization. *J. Trauma* 18: 221, 1978.
5. KELLER, F.: Percutaneous angiographic embolization. A. procedure of increasing usefulness. *Am. J. Surg.* 142: 5, 1981
6. LARGHERO, P.; ASTIAZARAN, M.; GORLERO ARMAS, A.: Hemobilia traumática. Consideraciones sobre la autólisis hepática aséptica y bacteriana. *An. Fac. Med. Montevideo* 39: 187, 1954.
7. LINDENAUER, M.: Hemobilia. Gastrointestinal hemorrhage. New York, Grune-Statton, 1980.
8. LOCKWOOD, T.; SCHORN, L.; COLN, D.: Non operative management of hemobilia. *Ann. Surg.* 185: 335, 1977.
9. NIELSEN, M.; MIGIND, T.: Selective arterial embolization in traumatic hemobilia. *World J Surg.* 4: 357, 1980.
10. ROCHE, A.; DOYON, D.; HARRY, G.; BENOZIO, M.: Hemobilie: traitement par embolisation arterielle. *J. Radiol. Nucl.* 59: 191, 1978.
11. SANDBLON, P.: Hemorrhage into biliary tract following trauma. "Traumatic Hemobilia". *Surgery* 24: 571, 1948.
12. SANDBLOM, P.; MIRKOVITCH, V.: Hemobilia: some salient features and their causes. *Surg Clin North Am.* W.B. Saunders Company 1977.
13. TAIBO CANALE, W.: Hemobilia traumática en una niña de 7 años. *Rev. Cir. Urug.* 35: 24, 1965
14. TORTEROLO, E.: Heridas complejas de hígado. Bases terapéuticas. Tesis de Doctorado. 1973. Inédita.
15. TRUMAN, E.: Options in treating trauma to the liver. *Surgery Annual* New York. Appleton Century Crafts. 1980.
16. VALLS, A.; ARRUTI, C.: Hemorragias masivas por la vía biliar principal. *Bol. Cir. Urug.* 27/1: 8, 1956.
17. ROSA, F.: Comunicación personal - Inédita - 1970.

Dr. Suiffet

Es un trabajo sumamente interesante, sobre todo por los resultados de los métodos modernos, de diagnóstico y tratamiento.

Vivimos el caso que fue citado por los comunicantes y que termina de mencionar el Dr. Folco, cuando el Prof. Larghero lo operó. Lo operó con diagnóstico de ruptura de duodeno. El diagnóstico primario en el acto operatorio fue muy difícil; después de ver que no existía ruptura de duodeno y que el hígado exteriormente no presentaba lesión, se hizo una duodenotomía, lo que, se ve muy bien en la película. En la entrada de la vía biliar en el duodeno, se veía el coágulo, que apareció por la simple expresión de la vía biliar. El interés de esta presentación es la utilidad de los procedimientos modernos de diagnóstico primero y

de tratamiento después. Porque la solución de este caso, si no existiera la embolización, hubiera sido la hepatectomía o la ligadura la hepática derecha. Existen en la bibliografía una serie de publicaciones, donde muestran que la solución a la hemobilia traumática se consiguió con la ligadura del tronco de la hepática derecha o la izquierda, más frecuentemente la derecha.

La patología de la hemobilia traumática está perfectamente conocida, lo que explica la hemorragia algo tardía en la evolución del caso, porque es la colección hemobiliar la que produce la necrosis hepática progresiva y la necrosis vascular.

Creo que es una publicación de gran valor en el tratamiento de la hemobilia traumática.