

Hemobilia secundaria a colecistitis crónica

R. de Quinta Frutos, L. Moles Morenilla, F. Docobo Durantez¹, J. A. Soto Pradas², J. Iriarte Calvo³ y A. Vázquez Medina

Servicios de Cirugía General, ²Gastroenterología y ³Patología. Hospital Militar Vigil de Quiñones. ¹Unidad Gestión Clínica C.M.A. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

RESUMEN

Hemobilia es el término que describe la presencia de sangre en el árbol biliar. Presentamos un caso de hemobilia sintomática, causada por una colecistitis crónica, en un paciente de 57 años con ictericia, hemorragia digestiva y epigastralgia.

Revisamos la etiología de esta entidad y destacamos el papel de la ecografía abdominal en su diagnóstico. En nuestro caso, mediante ultrasonografía se pudo evidenciar la existencia de coágulos dentro de la vesícula biliar.

El cuadro clínico se resolvió al realizar la colecistectomía, permaneciendo el paciente asintomático postoperatoriamente.

Palabras clave: Hemobilia. Ecografía. Colecistitis.

INTRODUCCIÓN

El término hemobilia fue introducido en 1948 por Sandblom, haciendo referencia a la hemorragia hacia el árbol biliar debida a una comunicación patológica entre los vasos sanguíneos y las vías biliares (1). Glisson en el siglo XVII realizó la primera descripción de esta entidad médica (2). Se caracteriza por la clásica tríada de dolor cólico en hipocondrio derecho, ictericia y hemorragia digestiva (3).

La hemobilia es un síndrome raro, aunque se reconoce cada vez con mayor frecuencia, siendo su tratamiento objeto de controversia. La ecografía es una técnica eficaz y segura para su diagnóstico y control evolutivo, permitiendo demostrar los coágulos en el árbol biliar o intravesiculares; la presencia de un aneurisma de la arteria hepática o un hematoma intrahepático (4).

Presentamos un caso de hemobilia sintomática de origen vesicular, en el que la ecografía abdominal permitió localizar el probable origen de la hemorragia. Se revisa brevemente la etiopatogenia de esta enfermedad y se destaca la importancia de la ultrasonografía en su diagnóstico.

CASO CLÍNICO

Varón de 57 años con antecedentes personales de hipertensión arterial, hernia de hiato, etilismo crónico, fumador y operado de litiasis renal izquierda. Su tratamien-

to habitual era: acamprosato; clometiazol; hidroxibalamin, piridoxina, tiamina; tiaprida y nifedipino.

El paciente acudió al servicio de urgencias por fiebre de 39 °C desde hacía dos días, con anorexia y astenia. Refería pérdida de 15 kg de peso en los últimos meses. Ocasionalmente presentaba desorientación temporoespacial.

La exploración física mostró frecuencia cardiaca de 129 lpm, TA 131/64 mmHg, temperatura axilar de 39 °C. Paciente consciente y colaborador, bradisíquico, sin rigidez de nuca y con ligero tinte icterico conjuntival. Disminución del murmullo vesicular en base derecha, con algunos roncus aislados en ambos campos pulmonares. Tonos cardiacos rítmicos. Abdomen blando y depresible, con hepatomegalia de cuatro traveses de dedo y masa blanda dolorosa en hipocondrio derecho. Peristaltismo conservado. Sin edemas en miembros inferiores, aunque se apreciaban trastornos tróficos.

En la analítica inicial tenía leucocitosis (14.700) con neutrofilia de 82%, linfocitos 10,3%, hemoglobina 14,0 g/dl. El estudio de coagulación era normal. En la bioquímica destacaba: bilirrubina total 1,9 mg/dl, bilirrubina directa 1,4 mg/dl, bilirrubina indirecta 0,4 mg/dl, GOT 133 U/L, GPT 109 U/L, FA 247 U/L, proteínas totales 6,3 g/dl, colesterol 130 mg/dl y glucemia 158 mg/dl.

En la radiografía de tórax y simple de abdomen no se apreciaron hallazgos significativos.

Se indicó el ingreso del paciente para estudio y tratamiento. En los días sucesivos presentó deposiciones oscuras y náuseas.

La ecografía abdominal demostró una vesícula biliar distendida, de contenido ecogénico heterogéneo sin sombras sónicas, con engrosamiento de pared no uniforme, e imágenes sugestivas de coágulos intravesiculares y bilis espesa, compatible con carcinoma vesicular con sangrado o proceso inflamatorio evolucionado; hígado sin ocupaciones patológicas ni colestasis; la vía biliar común medía 6 mm cerca de la cabeza del páncreas; el bazo era normal y no se apreciaban adenopatías en hilio hepático ni en retroperitoneo.

Al día siguiente de su ingreso tuvo un pico febril de 39 °C, obteniéndose hemocultivo seriado, que fue positivo a *Escherichia coli*. En días sucesivos desapareció la fiebre, al instaurarse tratamiento antibiótico.

Entre el séptimo y décimo días desde su ingreso presentó varios episodios recurrentes de epigastralgia intensa. La ictericia aumentó progresivamente. En el décimo día se evidenció una bilirrubina total de 3,5 mg/dl; bilirrubina directa 2,9 mg/dl. El hematocrito bajó al 24,2% y la hemoglobina al 7,8 g/dl. El test de sangre oculta en heces fue positivo. Se transfundieron 3 bolsas de concentrados de hematíes. Los marcadores tumorales eran normales, excepto el CA 19.9: 127,6 U/ml.

Se realizó tomografía computerizada abdominal, encontrándose una vesícula biliar de aspecto sólido, compatible con neoplasia vesicular; siendo el hígado de tamaño y morfología normales.

Con el diagnóstico de hemobilia de origen vesicular se indicó laparotomía exploradora. Se realizó incisión subcostal derecha. Apreciándose una vesícula biliar de aspecto normal, moderadamente dilatada; hígado algo aumentado de tamaño de aspecto normal; palpación pancreática normal. Se practicó colangiografía transcística sin hallazgos patológicos y posterior colecistectomía. Al abrir la vesícula biliar se observó un gran coágulo en su interior.

El informe de anatomía patológica fue: pieza de colecistectomía que mide 9 x 4 cm; con superficie externa tensa y brillante, y superficie mucosa erosionada desestructurada; a nivel de cuerpo presenta un punto de sangrado reciente. Diagnóstico: colecistitis crónica con áreas de ulceración de mucosa; engrosamiento fibroso y edematoso de la mucosa; ausencia de proceso neofornativo (Fig. 1).

El curso postoperatorio fue bueno, con mejoría clínica y analítica, normalizándose el hemograma y las pruebas de función hepática. El alta hospitalaria se produjo al décimo día de la intervención. Pasados dos años no ha vuelto a presentar nuevos episodios de hemorragia digestiva, ni otra sintomatología.

DISCUSIÓN

Según Sandblom las principales causas de hemobilia son: traumatismo accidental, traumatismo quirúrgico, lesión inflamatoria, litiasis biliar, tumores hepáticos y aneurismas (2). Actualmente el 40% de los casos de hemobilia se producen tras pruebas diagnósticas (5,6) y terapéuticas sobre las vías biliares o el hígado (7,8). El término hemocolecisto hace referencia a la hemorragia en el interior de la vesícula; puede deberse a cálculos, tumores y colecistitis agudas o crónicas, que producen ulceraciones y necrosis de la mucosa (9) o una erosión directa de un vaso. La bilis tendría una acción lítica, que perpetuaría la lesión. En nuestro caso la hemobilia se debió a una colecistitis crónica, con ulceración de la mucosa; apreciándose un punto de sangrado reciente.

Los síntomas clásicos consisten en ictericia y dolor cólico en el cuadrante superior derecho, seguido de hemorragia digestiva. El dolor suele mejorar después de la pérdida hemática. La ictericia varía dependiendo del grado

de obstrucción del colédoco por los coágulos (3). Puede apreciarse hepatomegalia o masa palpable en hipocondrio derecho (9). Las crisis de dolor y hemorragia digestiva cursan de forma recidivante hasta que se instaura el tratamiento etiológico. Nuestro paciente presentaba ictericia, epigastralgia, anemia, heces melénicas, hepatomegalia y masa en hipocondrio derecho. Cuando la hemorragia gastrointestinal se asocia con trastornos biliares deberá pensarse en el diagnóstico de hemobilia (10). Hay que tener presente que la morbilidad y la mortalidad son proporcionales al retraso en cohibir la hemorragia.

La hemobilia debe incluirse en el diagnóstico diferencial de la ictericia obstructiva, hemorragia gastrointestinal, anemia y dolor abdominal alto (1).

La endoscopia digestiva alta permite descartar otras causas más frecuentes de hemorragia; en un 30% de los casos de hemobilia se observa la salida de coágulos a través de la papila (5,11). En nuestro caso la endoscopia habría contribuido a completar el estudio del paciente.

La ultrasonografía abdominal es una técnica útil para establecer el diagnóstico de hemobilia, al detectar la presencia de coágulos en la vesícula o vía biliar (4,12). También permite demostrar las siguientes lesiones: hematoma hepático, aneurismas de la arteria hepática, neoplasias de vías biliares, hígado y páncreas que justifiquen el origen de la hemorragia (5,13). En la vesícula biliar tanto los coágulos de sangre, como el barro biliar, el pus o un crecimiento exofítico de un cáncer presentan una apariencia ecográfica semejante (14). En nuestro paciente la ecografía puso de manifiesto la presencia de un gran coágulo en la vesícula, sin sombra acústica posterior.

Otras exploraciones complementarias utilizadas para establecer el origen de la hemobilia son: la TAC abdominal, la colangio resonancia, la gammagrafía con eritrocitos marcados con tecnecio, la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y la colangiografía transhepática percutánea.

El diagnóstico de hemobilia también puede lograrse mediante la arteriografía del tronco celíaco, que posee la mayor sensibilidad en localizar el punto sangrante, siempre que exista un débito adecuado (1).

En el tratamiento inicial de la hemobilia se recomienda la embolización arterial selectiva, que es un procedimiento efectivo y con una baja tasa de complicaciones (15,16). Las indicaciones quirúrgicas se reservarían a los casos de fracaso o complicación de la embolización, tumor reseccable y en las colecistitis (17), como ocurrió en nuestro paciente, en el que tras la colecistectomía cesó la hemorragia, el dolor y la ictericia.

En conclusión, la hemobilia es una entidad poco frecuente, que en la actualidad se relaciona principalmente con las intervenciones sobre el hígado y vías biliares. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con ictericia y hemorragia digestiva. La ecografía abdominal es una técnica diagnóstica rápida, incruenta y eficaz para la detección de diversas lesiones causantes de hemobilia, recomendándose como procedimiento diagnóstico inicial junto a la endoscopia.