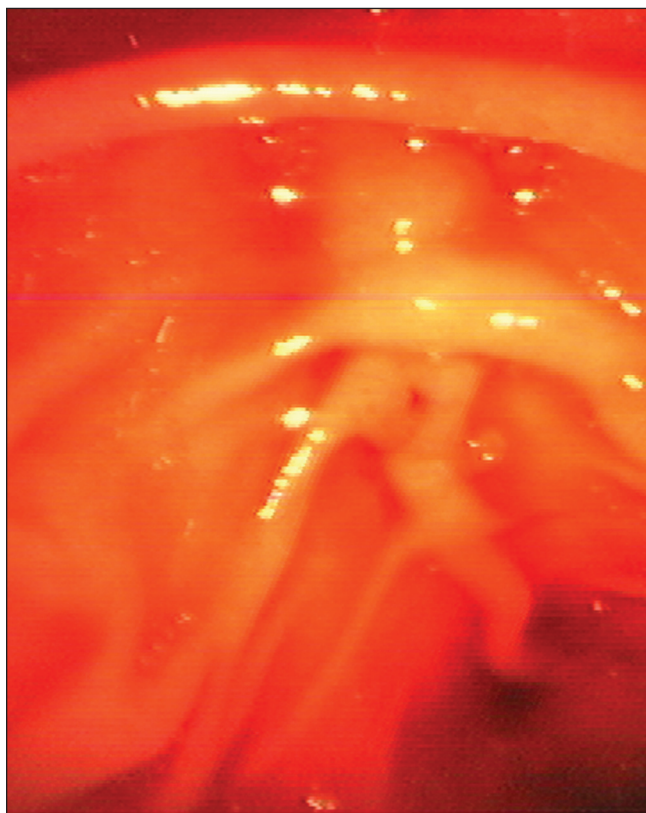


PICTURES IN DIGESTIVE PATHOLOGY

Hemobilia

D. Vañó, J. García-Cano¹, C. J. Gómez-Ruiz¹ and G. Arranz

Department of Internal Medicine. ¹Department of Gastroenterology. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca, Spain



Figs. 1 and 2. Blood exiting from the papillary orifice.
Se observa sangre saliendo por el orificio papilar.

A 74-year-old woman was admitted because of dark stools in the last four days. She suffered from atrial fibrillation, had two heart valves implanted (mitral and aortic), and was under anticoagulant therapy with acenocumarol. The most remarkable laboratory findings were hemoglobin 9.2 g/dl, hematocrit 26.8%, mean corpuscular volume 94.2 fl, and blood urea 80 mg/dl. Prothrombin time was 28% and INR 2.65. An esophago-gastro-duodenoscopy was performed. Blood was observed in the second duodenal portion, perhaps in the papillary area, although no definite source was found. The routine forward-view gastroscope was exchanged for a side-view duodenoscope. Blood was seen oozing out the papilla (Figs. 1 and 2). Conservative measures were taken using blood transfusions and venous fluid supply. Magnetic resonance cholangiopancreatography and abdominal magnetic resonance angiography revealed only cholecystolithiasis and no vascular abnormalities. The patient did well without rebleeding, and she was discharged.

Hemorrhage through the papilla of Vater may have three sources: the bile-duct system (hemobilia), the pancreatic duct (hemosuccus or wirsungorrhage) (1), and the papilla itself (for instance, in ampullary tumors). Diagnosis is difficult because routine forward-view gastroscopes cannot properly see the papilla. If a papillary source is suspected endoscopy should be performed with duodenoscopes as used for ERCP. If vascular interventional radiology is available a celiac axis angiography should be performed, which can be both diagnostic and therapeutic. In contrast, as in the case reported here, a magnetic resonance angiography allows to rule out vascular abnormalities, and a wait-and-see policy can be undertaken. Hemobilia has been reported to occur in patients having gallbladder pathology (2) and on anticoagulant therapy (3). Our patient had both risk factors.

REFERENCES

1. García-Cano Lizcano J, Morillas Ariño J, Navarro S, Pérez Vigara G, Parera A, Pérez Sola A. Wirsungorrhage. 21st meeting of the Spanish Society of Gastrointestinal Endoscopy. Barcelona, November 1999.
2. De Quinta Frutos R, Moles Morenilla L, Docobo Durantez F, Soto Pradas JA, Iriarte Calvo J, Vázquez Medina A. Hemobilia secondary to chronic cholecystitis. *Rev Esp Enferm Dig* 2004; 96: 221-5.
3. Hong JW, Han YS, Lee JH, Kim NH, Lim KW, Joung YH, et al. A case of non-traumatic hemobilia due to warfarin therapy [in Korean, abstract in English]. *Korean J Gastroenterol* 2004; 44: 292-5.

Hemobilia

D. Vañó, J. García-Cano¹, C. J. Gómez-Ruiz¹ y G. Arranz

Servicio de Medicina Interna. ¹Sección de Aparato Digestivo. Hospital Virgen de la Luz. Cuenca

Una mujer de 74 años ingresó en nuestro hospital por melenas en los últimos 4 días. Tenía antecedentes personales de fibrilación auricular y era portadora de doble prótesis metálica cardíaca (mitral y aórtica) por lo que estaba anticoagulada con acenocumarol. En la analítica destacaba una hemoglobina de 9,2 g/dL, hematocrito 26,8%, VCM 94.2 fl y urea 80 mg/dl. La actividad de la protombina era del 28% con un INR de 2,65. Se realizó una gastroscopia en la que se observó sangre en la segunda porción duodenal que parecía provenir del área papilar, pero sin poder delimitar la zona exacta. El endoscopio frontal se retiró y a continuación se introdujo un duodenoscopio (visión lateral). Se observó entonces que la sangre fluía de forma intermitente y babeante de la papila. Se trató de manera conservadora a la paciente con sueroterapia y transfusiones. Se realizaron una colangiopancreatografía por resonancia magnética y una angiorrsonancia. En ellas se observó sólo colelitiasis, sin apreciarse malformaciones vasculares. La paciente evolucionó satisfactoriamente, sin aparición de nuevos episodios de sangrado digestivo, por lo que fue dada de alta.

La hemorragia por la papila de Vater puede proceder de tres lugares: la vía biliar (hemobilia), el conducto pancreático (hemosuccus o wirsungorrhage) (1) o la misma papila (en los tumores ampulares por ejemplo). Su diagnóstico endoscópico es difícil pues los endoscopios frontales usados habitualmente para la gastroscopia no ven con facilidad la papila. Cuando se sospeche un origen papilar se debe realizar una endoscopia con el duodenoscopio utilizado para la CPRE. Si se dispone de radiología vascular intervencionista debe realizarse una exploración del tronco celiaco que puede ser diagnóstica y terapéutica. En el caso contrario, como el aquí expuesto, una angiorrsonancia permite descartar malformaciones vasculares y adoptar una conducta expectante. Se ha comunicado previamente que la hemobilia puede suceder en caso de patología de la vesícula biliar (2) y en pacientes anticoagulados (3). Nuestra paciente tenía ambos factores de riesgo.