Cartas al Director

Pseudoaneurisma de arteria hepática como complicación de drenaje biliar transhepático percutáneo

Palabras clave: Pseudoaneurisma. Hemobilia. Drenaje biliar transhepático percutáneo.

Key words: Pseudoaneurysm. Hemobilia. Percutaneous transhepatic biliary drainage.

Sr. Director:

El drenaje biliar transhepático es considerado la opción mejor aceptada para el tratamiento de la obstrucción biliar maligna o benigna. Las complicaciones asociadas a colocación de drenaje incluyen la hemobilia, que puede ocurrir entre un 4,1 y un 17,7% de los casos. Aunque estas complicaciones son menores, existe un 4-10% de complicaciones severas con una mortalidad que va del 1,5-al 3% (1).

Una de las etiologías posibles de la hemobilia es el pseudoaneurisma. Presentamos un caso de hemobilia tras colocación de drenaje biliar con pseudoaneurisma de arteria hepática y posterior resolución vía percutánea.

Caso clínico

Mujer de 88 años de edad que ingresa por ictericia obstructiva indolora. Como antecedentes personales, destacar trombosis venosa profunda, ulcus duodenal con hemorragia digestiva alta y cardiopatía isquémica en tratamiento.

Comienza con cuadro de dolor cólico en hipocondrio derecho de una semana de evolución, asociándose a fiebre, ictericia (coluria y acolia), náuseas y vómitos. A la exploración abdomen doloroso en hipocondrio derecho. Se realizó ecografía abdominal que puso de manifiesto hígado homogéneo con dilatación de vía biliar intra-extrahepática, colédoco muy dilatado, 22 mm hasta su porción más distal en su desembocadura en la papila. No se objetivó litiasis ni la posible causa obstructiva. Área pancreática de aspecto ecográfico normal. Dudosa hipoecogenicidad y aumento de volumen de cabeza pancreática. Wirsung en el límite de la normalidad y vesícula biliar distendida.

Analíticamente presentaba: bilirrubina total 11 mg/dl; 8,23 mg/dl de directa mg/dl, amilasa 1.435 mU/ml y hemoglobina 11 g/l.

Se procedió a la realización de colangiografía transparietohepática como medida diagnóstica y terapéutica. En esta se observó moderada dilatación de vía biliar intrahepática con moderada dilatación de colédoco secundario a obstrucción a nivel de porción distal de duodeno. Se logró paso a través de la obstrucción dejándose catéter de drenaje interno-externo confirmando adecuada colocación y funcionamiento del mismo mediante colangiografía.

Durante los días posteriores desarrolló cuadro de hemobilia con obstrucción de catéter que se autolimitó, con caída de las cifras de hemoglobina y sin repercusión hemodinámica.

Dada la edad de la enferma y con el diagnóstico de neoplasia de cabeza de páncreas, se optó por tratamiento paliativo con colocación de endoprótesis (endoprótesis biliar tipo *wall stent* de 10 x 70 mm de longitud) quedando alojada desde colédoco proximal hasta el interior de la luz duodenal. Tras la colocación de la misma desarrolló en días posteriores episodios de sangrado digestivo con repercusión hemodinámica, siendo subsidiaria de transfusión. No hubo método diagnóstico previo porque parecía difícil sospechar la causa.

Se optó por realización de arteriografía selectiva para diagnóstico de localización del sangrado activo. Se realizó arteriografía selectiva de tronco celíaco y de arteria hepática, visualizándose un pseudoaneurisma de 1 cm en rama de arteria hepática derecha. Se intentó cateterización selectiva para introducción de coil metálico no consiguiéndose técnicamente por tortuosidad de tronco celíaco y arteria hepática que expulsa el catéter.

Se realizó nueva arteriografía selectiva esplénica y hepática

visualizándose permeabilidad de eje esplenoportal y pseudoaneurisma de rama intrahepática de arteria hepática consiguiendo realizar cateterización selectiva de rama con pseudoaneurisma e introducir coil metálico de 3-5 mm de diámetro consiguiéndose cierre de vaso sangrante. La evolución fue satisfactoria con control del sangrado, así como buen drenaje de la vía biliar con normalización de cifras de bilirrubina.

Discusión

La complicación potencial de estructuras vasculares puede ocurrir durante la realización de la colangiografía transparieto-hepática. Esto es debido a la íntima relación que existe entre el árbol biliar y dichas estructuras. La comunicación fistulosa del árbol biliar con estructuras vasculares desencadena un cuadro de hemobilia (2). La hemobilia se considera severa cuando existe unas necesidades transfusionales iguales o superiores a cuatro concentrados de hematíes (como es nuestro caso) (3). Es importante la demostración del sangrado mediante angiografía selectiva. La causa más frecuente de hemobilia, demostrada por angiografía tras drenaje biliar en algunas series, es el pseudoaneurisma de arteria hepática (4). El tratamiento del mismo es la embolización vía percutánea o la ligadura selectiva de la misma (1,4,5).

Existen varios materiales para la embolización: microcoils, cianoacrilato, balones, esponjas de gelati, etc. (4).

En nuestro caso se empleó el microcoil con buen resultado. Las complicaciones postembolización pueden incluir el infarto estéril en tejido hepático o la formación de un abceso hepático. Llevando estas a un fallo hepático severo. F. López Bernal, A. Iglesias López¹, D. Molina, F. Pareja Ciuró, J. García Moreno, J. M. Álamo Martínez, A. Candau Pérez², I. García González, M. A. Gómez Bravo, J. Serrano Díez-Canedo, J. Peiró y A. Bernardos Rodríguez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

'Radiología Vascular Intervencionista. Servicio de Radiodiagnóstico. 'Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Bibliografía

- Goodwin SC, Bansal V, Greaser LE, Stainken BF, McNamara TO, Yoon HC. Prevention of hemobilia during percutaneous transhepatic biliary drainage: long-term follow-up. J Vasc Interv Radiol 1997; 8 (5): 881-3.
- Jeng KS, Sheen IS, Yang FS. Vascular complications in percutaneous transhepatic management of complicated hepatolithiasis with difficult intrahepatic biliary strictures: Are they avoidable? Surg Laparosc Endosc Percutan Tech 2002; 12 (2): 82-7.
- 3. Hsu KL, KO SF, Chou FF, Sheen-Chen SM, Lee TY. Massive hemobilia. Hepatogastroenterology 2002; 49 (44): 306-10.
- Savader SJ, Trerotola SO, Merine DS, Venbrux AC, Osterman FA. Hemobilia after, percutaneous transhepatic biliary drainage: treatment with transcatheter embolotherapy. J Vasc Inter Radiol 1992; 3 (2): 345-52.
- Croutch KL, Gordon RL, Ring EJ, Kerlan RK, La Berge JM, Roberts JP. Superselective arterial embolization in the liver transplant recipient: A safe tretment for hemobilia caused by percutaneous transhepatic biliary drainage. Liver Traspl Surg 1996; 22 (2): 118-23.