

Fístula colecisto arterial secundaria al Sd. Mirizzi en paciente con hemobilia

Grecia Lizzetti Mendoza¹, Claudia Alvizuri Gómez¹, Juan Herrera Remigio¹, Vagner Frías Gonzales², Víctor Varillas Chacaltana²

1. Médico residente Hospital Nacional Cayetano Heredia

2. Médico asistente Hospital Nacional Cayetano Heredia

Correspondencia: glizzetti@gmail.com

RESUMEN

La hemobilia como causa de hemorragia digestiva alta (HDA) está poco documentada en la literatura médica; sin embargo, es causa de sangrados importantes que mayormente están asociados a enfermedades de la vía biliar. Las causas de hemobilia, obedecen en su mayoría a orígenes traumáticos (luego de cirugías y/o procedimientos invasivos); sin embargo, se han descrito casos de sangrados espontáneos en relación a fístulas colecisto-vasculares, siendo la arteria frecuentemente involucrada la arteria cística. Presentamos el caso de una paciente de 88 años que debuta con HDA asociada a hemobilia en el contexto de un Síndrome de Mirizzi que condiciona una fístula colecistoarterial.

Palabras clave: *Fístula colecistoarterial, Síndrome de Mirizzi, hemobilia*

ABSTRACT

Hemobilia as a cause of upper gastrointestinal bleeding (UGH) is poorly documented in the medical literature; however, it's the cause of significant bleeding that is mostly associated with bile duct pathologies. The causes of hemobilia are mostly due to traumatic origins (after surgeries and/or invasive procedures); however, cases of spontaneous bleeding have been described in relation to cholecystoarterial fistulae, being the cystic artery the most frequently involved. We report the case of an 88-year-old patient who presented with UGIB associated with hemobilia in the context of Mirizzi's syndrome that causes a cholecystoarterial fistula.

Keywords: *Cholecystoarterial fistula, Mirizzi syndrome, hemobilia*

INTRODUCCIÓN

La hemobilia, condición poco frecuente que describe una comunicación anormal entre un vaso sanguíneo y los conductos biliares, la cual se traduce como sangrado de la vía biliar, es usualmente secundaria a traumas o procedimientos y una de las causas poco descritas de hemorragia digestiva masiva¹. En el contexto de una hemobilia debe considerarse sangrado de la arteria cística asociado a la presencia de cálculos biliares y colecistitis², por lo que es inusual suponer que el sangrado provenga de alguna de divisiones anteriores como lo es la arteria hepática derecha. No existe literatura médica desarrollada en relación a HDA y hemobilia asociada a fístula de

la arteria hepática derecha como desencadenante, por lo que el caso que presentamos a continuación es novedoso e informativo, más aún si está asociado a Síndrome de Mirizzi.

El Síndrome de Mirizzi ha sido descrito como una complicación poco frecuente en pacientes con colelitiasis³ y se han reportado pocos casos de hemobilia en relación a él⁴. Se han descrito casos en donde la erosión de cálculos biliares en la arteria cística conduce a un pseudoaneurisma, al igual que la erosión de los mismos en el conducto hepático común, siendo rara la aparición de ambos simultáneamente; más aún si la causa de la hemobilia

se traduce como fístula entre la vesícula biliar y la arteria hepática derecha y no como una alteración vascular propiamente dicha⁴.

El presente caso, aunque infrecuente, subraya la importancia del reconocimiento precoz y el manejo óptimo y oportuno de este tipo de patología.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 88 años con antecedente de Diabetes Mellitus y úlcera péptica hace más de 30 años, acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal tipo cólico de dos semanas de evolución en cuadrante superior derecho acompañado de melena, hematemesis y somnolencia, estos últimos tres horas antes del ingreso. Al examen físico, hipotensa, taquicárdica, pálida y sin signos de dolor abdominal a la palpación. Las pruebas de laboratorio mostraron los siguientes resultados alterados: hemoglobina: 4,5 g / dL, recuento de glóbulos blancos 34 390 μ L, fosfatasa alcalina 320 UI / L, gamma-glutamil transpeptidasa 267 UI / L. La ecografía abdominal reveló cálculos en la vesícula biliar y engrosamiento de la pared. Se le transfundieron 4 paquetes globulares tras lo cual se le realizó esofagogastroduodenoscopia y se observó un coágulo organizado a nivel de la segunda porción del duodeno y sangrado en napa a través de la papila duodenal (Figuras 1 y 2).

El diagnóstico postprocedimiento concluyó en hemobilia por lo que se le solicita una angiografía por tomografía computarizada para evidenciar así el punto de sangrado. El angioTEM (corte axial) muestra extravasación de contraste (asteriscos) a través del colédoco que llega a duodeno y segmento proximal del íleon; aerobilia, así como tortuosidades vasculares dependientes de la arteria hepática derecha con dilatación sacular en un extremo (Figuras 3, 4 y 5).

Figura 1
Segunda porción de duodeno con coágulo

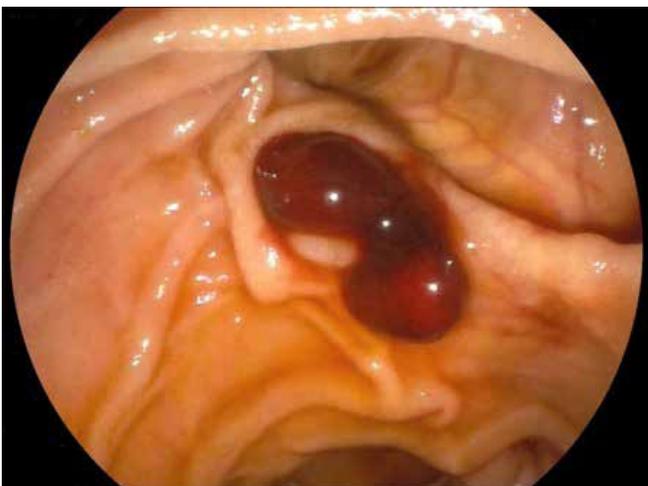


Figura 2
Sangrado en napa a través de papila duodenal



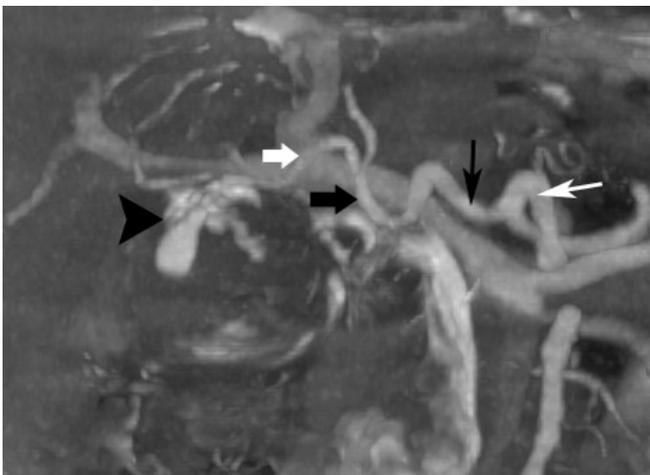
Figura 3
Se presentan imágenes de la angiotomografía computarizada abdominal de la paciente, (a) y (b), ambas en cortes transversales. La imagen (b) corresponde a una toma un minuto más tardío que (a). Se evidencia la vesícula biliar de tamaño incrementado con presencia de gran cálculo en su interior (C) además de neumobilia (flechas curvas) y contenido hipodenso que dilata el colédoco (estrella), el cual correspondería a material de origen hemático coagulado. Se observa una imagen puntiforme dentro de la vesícula (cabeza de flecha) la cual se presume, pertenece a dilatación sacular de tipo vascular.



Figura 4
Angiotomografía en corte axial donde se muestra la extravasación de contraste a través del colédoco que llega a duodeno y segmento proximal del íleon (asteriscos).



Figura 5
Reconstrucción coronal en proyección de máxima intensidad (MIP) de angiotomografía abdominal. Se evidencia el tronco celiaco (flecha delgada blanca), arteria hepática común (flecha delgada negra), arteria hepática propia (flecha negra gruesa), arteria hepática derecha (flecha gruesa blanca) y tortuosidades vasculares dependientes de la arteria hepática derecha en relación a fístula arterio-biliar con una dilatación sacular en un extremo (punta de flecha).



Nos encontramos frente a un paciente con cuadro de HDA, hemodinámicamente inestable y con soporte vasopresor que no responde al manejo médico y no se puede identificar ni detener el punto de sangrado por endoscopia. Además de ello, nuestro hospital no realiza angiembolizaciones, tratándose de una posible alteración vascular como diagnóstico presuntivo, por lo que la paciente fue sometida a cirugía. Se ingresó con incisión subcostal (Kocher) y se evidenció una vesícula biliar edematosa, plastronada con epiplon y duodeno. En su interior, coágulos organizados junto con un cálculo de 4 centímetros ubicado en el bacinete

que erosionaba la pared posterior de la vesícula biliar, arteria hepática derecha y comprimía al mismo tiempo la vía biliar (hepático derecho). Tras la extracción del cálculo se evidencia sangrado +/- 800 cc que se controla con la maniobra de Pringle lo que permite identificar dos estructuras hacia la pared posterior de la vesícula, siendo una de ellas la arteria hepática derecha y la otra, la vía biliar (Figura 6). Se le realiza entonces colecistectomía subtotal de urgencia, rafia de arteria hepática derecha transvesicular con prolene 6/0 y colocación de dren Kehr tras encontrarse una fístula colecistoarterial y un síndrome de Mirizzi tipo II. La intervención duró 180 min, se le transfundieron hemoderivados en el intra operatorio, la paciente sale en ventilador mecánico, con vasopresores y pasa al área de recuperación de forma inmediata.

Figura 6
Fístula colecistoarterial señalada con pinza vascular (flecha azul) y vía biliar señalada con aspirador de Yankauer (flecha negra).



Durante su hospitalización, permanece en recuperación en ventilación mecánica siendo extubada al tercer día sin intercurencias. Así mismo cursó con episodios de melena en 2 oportunidades con endoscopías posteriores negativas en relación a un posible resangrado, ninguna de ellas con descompensación hemodinámica. Presentó también un cuadro respiratorio secundario a congestión pulmonar el cual se maneja en conjunto con los Servicios de Medicina y Geriátrica.

Se le realiza un control de angiotomografía a la dos semanas así como una colangiografía trans-Kehr en su PO18 donde se evidencia el dren in situ (hepático derecho) sin fuga de contraste alrededor (Figura 7). La anatomía patológica reveló colecistitis crónica reagudizada, hemorrágica, necrotizante (Figura 8).

Finalmente, la paciente se recuperó con éxito, tuvo una evolución favorable y fue dada de alta del hospital en su PO21.

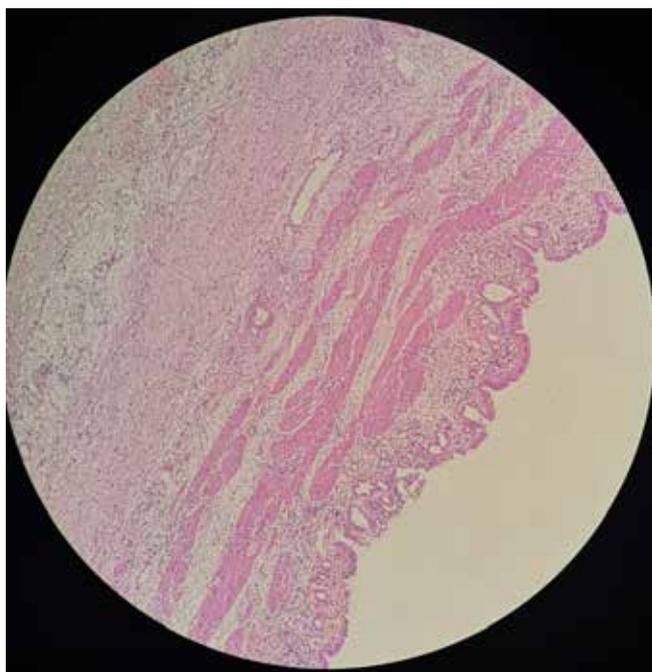
Figura 7

Colangiografía trans-Kehr realizada en el PO18. Dren Kehr en vía biliar sin alguna evidencia de fuga de contraste.



Figura 8

Diagnóstico AP: Colecistitis crónica reagudizada, hemorrágica, necrotizante



DISCUSIÓN

El Síndrome de Mirizzi como complicación de la colelitiasis se ha visto apenas en 0,1% de los pacientes con enfermedades de la vesícula biliar⁴. Es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de ictericia obstructiva secundaria a un cálculo impactado en el cuello de la vesícula biliar o el conducto cístico, que comprime extrínsecamente la vía biliar principal. Dicha presión generada puede erosionar la vía biliar, necrosando la zona de contacto entre la pared vesicular y la vía biliar y dando lugar así a una fístula colecistocolédociana⁴. Sin embargo, es poco frecuente que además erosione sobre alguna de las arterias circunscritas a la vía biliar, pudiendo presentarse al mismo tiempo como un cuadro de hemorragia digestiva alta.

La hemorragia digestiva alta es una condición frecuente en el mundo entero con una incidencia de 40-50 casos por 100 000 habitantes⁷, que supone una alta morbimortalidad (3.5 – 14%) sobre todo en población adulta⁸. No hay cifras establecidas de mortalidad asociada a hemobilia; sin embargo la mayoría de sus complicaciones obedecen a la pérdida sanguínea.

En este caso, presentamos una paciente con cuadro clínico de hemobilia, manifestado como HDA masiva, secundario a una fístula de la arteria hepática derecha asociado a un cálculo impactado hacia la pared posterior de la vesícula que erosionaba esta, la arteria en mención y al mismo tiempo comprimía la vía biliar principal (hepático izquierdo).

Los causas de hemobilia no traumática usualmente están asociadas a pseudoaneurismas de la arteria cística, lo que supone un manejo vía angioembolización, a fin de frenar la hemorragia digestiva que en algunos casos suele ser masiva y su manejo es determinante para la supervivencia del paciente. Sin embargo; existen otros desencadenantes como lo son las enfermedades inflamatorias, desórdenes vasculares, neoplasias⁵ y las fístulas arteriales, siendo la de la arteria cística la más descrita.

Dado el contexto de la paciente, su inestabilidad hemodinámica y la no disponibilidad de angioembolización en ese momento como primera opción, es sometida a una intervención quirúrgica evidenciándose los hallazgos ya descritos. Se le realiza una colecistectomía subtotal y una rafia de la arteria hepática derecha más colocación de dren Kehr, tres semanas tras lo cual se le realiza una colangiografía transcáteter y se evidencia el pasaje del contraste hacia la vía biliar sin fuga del mismo (Figura 7).

Finalmente, los casos de hemobilia en relación a fístulas arteriobiliares son casos poco descritos en la literatura médica⁶ más aún condicionados por un Síndrome de Mirizzi, por lo que su publicación es importante para tener mayor conocimiento y

experiencia a través de otros autores del manejo multidisciplinario de estas patologías. La paciente aunque tuvo una recuperación lenta y progresiva, fue dada de alta del hospital tres semanas posterior a su ingreso en condiciones favorables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Córdoba A, Monterrubio J, Bueno I, Corcho G. Hemobilia: una causa poco frecuente de hemorragia digestiva masiva. *Cirugía Española*, 2007 [Internet]. 82 (6): 370-371. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-cirugia-espanola-36-articulo-hemobilia-una-causa-poco-frecuente-13113350>
2. Contini S, Uccelli M, Sassatelli R, Pinna F, Corradi D. Gallbladder ulcer eroding the cystic artery: a rare cause of hemobilia. *The American Journal of Surgery*, 2009 [Internet]. 98 (2): 17-19. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002961009001226>
3. Palacios D, Gutierrez M, Gordillo F.J. Síndrome de Mirizzi, una causa infrecuente de ictericia obstructiva. *Medicina de Familia: Semergen*, 2011 [Internet]. 37 (3): 167-169. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-sindrome-mirizzi-una-causa-infrecuente-S1138359310004132>
4. Nelsen E, Hubers J, Gopal D. Hemobilia and Mirizzi Syndrome: A Rare Combination. *ACG: Case reports journal*, 2016 [Internet]. 3(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5126496/>
5. Priya H, Anshul G, Alok T, et al. Emergency cholecystectomy and hepatic arterial repair in a patient presenting with haemobilia and massive gastrointestinal haemorrhage due to a spontaneous cystic artery gallbladder fistula masquerading as a pseudoaneurysm. *BMC Gastroenterology*, 2013 [Internet]. 13 (43): 2-7. Disponible en: <https://bmcgastroenterol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-230X-13-43>
6. Surendrakumar M, Vinaykumar T, Vasudev C. Hemobilia due to arteriobiliary fistula complicating ERCP for residual bile duct stone in a case of Mirizzi syndrome. *The Korean Association of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery (AHBPS)*, 2017 [Internet]. 21(2):88-92. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5449370/>
7. Gralnek I, Dumonceau J, Kuipers E, et al. Diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage. *European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline*; 2015 [Internet]. 47 (10): 1-46. Disponible en: <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-0034-1393172.pdf>
8. Ichiyanagui C. Epidemiología de la Hemorragia Digestiva. *Acta médica peruana*; 2006 [Internet]. 23(3): 1728-5917. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172006000300005.