

Hemobilia en el postoperatorio de una colecistectomía por colecistitis aguda

Mariano Palermo, Esteban Mendaro, Eduardo Houghton, Juan Manuel Verde, Mariano Giménez

Fundación DAICIM. Docencia, Asistencia e Investigación en Cirugía Invasiva Mínima. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2015;45:279

Recibido: 05/04/2015 / Aprobado: 06/07/2015 / Publicado en www.actagastro.org el 30/12/2015

Paciente de sexo masculino de 76 años de edad, tabaquista, diabético tipo 2 con antecedente quirúrgico de prostatectomía radical. Es intervenido quirúrgicamente, se le realiza una colecistectomía parcial por vía convencional en otra institución por un cuadro de colecistitis crónica reagudizada. Durante la cirugía se le instrumenta la vía biliar por litiasis coledociana y se deja drenada mediante un tubo en "T" de Kehr. Al 5to día del postoperatorio (PO) comienza con débito hemático por el tubo de Kehr y presenta un episodio de hematemesis. Dado que el cuadro descrito remite y el paciente mejora, en dicha institución le otorgan el alta médica. Al décimo día del PO refiere otro episodio de hemorragia por el tubo de Kehr con descompensación hemodinámica, que requiere internación en la unidad de cuidados intensivos. Se le realiza una videoendoscopia digestiva alta (VEDA) y una videocolonoscopia que fueron normales. Al día 27 del PO el paciente mejora y se le otorga eél alta médica, previa a la extracción del tubo de Kehr con fistulografía normal. Al mes presenta hemorragia digestiva baja sin descompensación. Se le realiza una tomografía de abdomen, la cual es informada como normal. Es derivado a nuestra institución, se le solicita una nueva VEDA que informa: papila duodenal de aspecto normal con salida de contenido hemático a través de la misma (Figura 1 A y B). Con lo cual se constata el diagnóstico de

hemobilia. También se le solicita un *eco-doppler* hepatobiliar que observa una dilatación sacular de 8 mm con vascularización arterial adyacente al cuello del saco vesicular remanente. La arteria hepática es permeable con flujo hepatópeto conservado (Figura 2). Se le realiza una angio-TC, la cual informa ateroma cálcico aórtico ilíaco. Imagen compatible con litiasis en lecho vesicular (Figura 3).

Figura 2. Eco-doppler hepato-biliar: dilatación sacular de 8 mm con vascularización arterial adyacente al cuello del saco vesicular remanente. Arteria hepática permeable con flujo hepatópeto conservado.

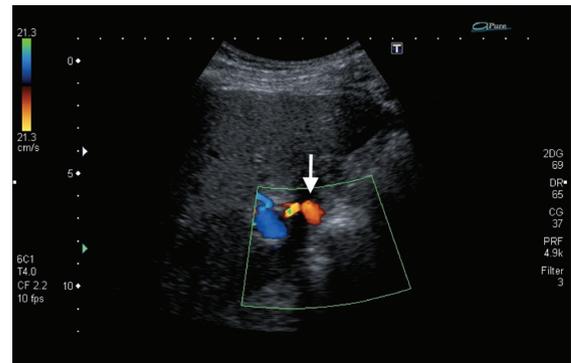


Figura 3. Angio-TC: Ateroma cálcico aórtico ilíaco. Imagen compatible con litiasis en el lecho vesicular.

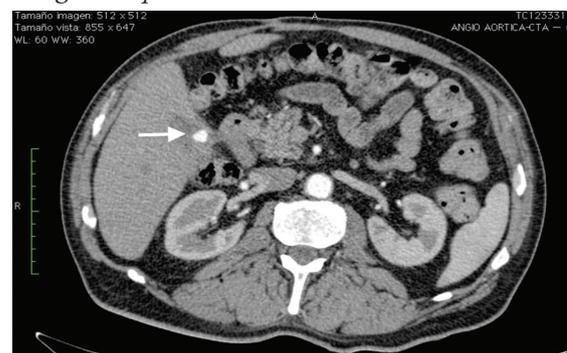


Figura 1. A y B. Videoduodenoscopia: papila duodenal de aspecto normal con salida de contenido hemático. Hemobilia.



Correspondencia: Mariano E Giménez

Arenales 1640 Piso 1er A.

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Correo electrónico: marianoegimenez@gmail.com

¿Qué diagnóstico sospecha usted y que tratamiento implementaría?

Resolución del caso en la página 337