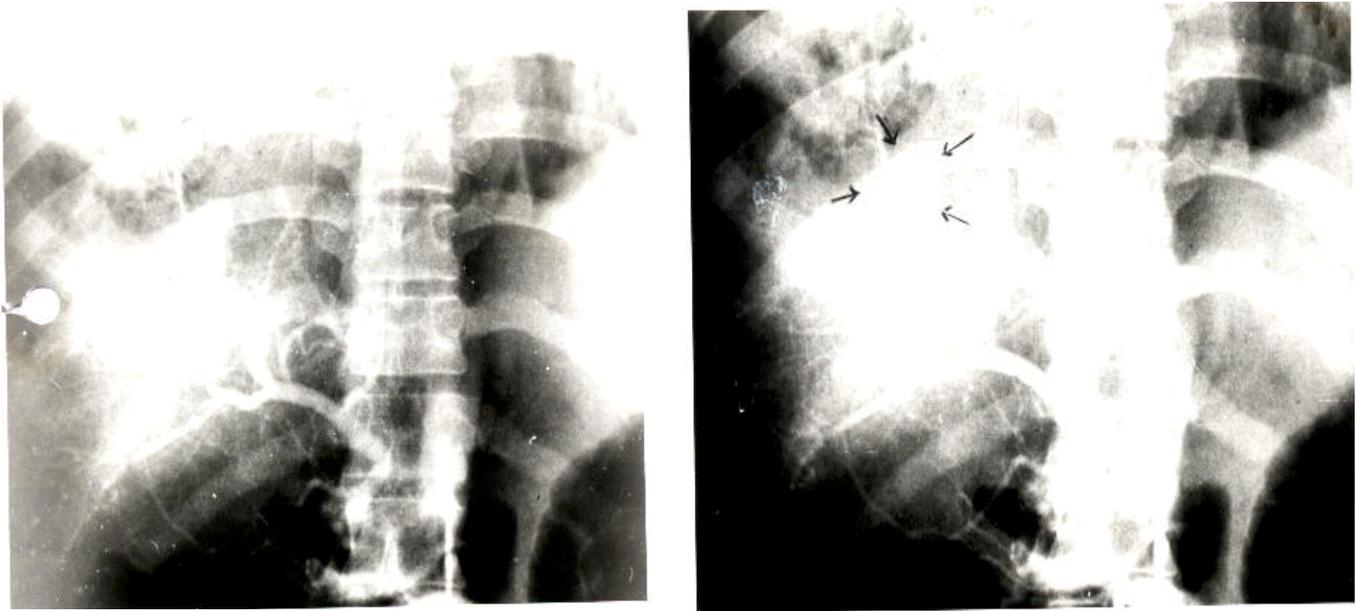


*El caso radiológico*

Carlos Chamorro-Mera, M.D.\*

**HAGA SU DIAGNÓSTICO**

Hombre de 29 años de edad quien sufrió un accidente de tránsito y es llevado inmediatamente a cirugía por presentar estado de choque. En cirugía se halla hemoperitoneo de 3.000 ml y estallido de hígado; se hace ligadura de la arteria hepática común proximal a la salida de la arteria gastroduodenal. Se da de alta por estar en mejores condiciones pero reingresa 6 días más tarde con fiebre y signos de absceso hepático con hemoglobina de 4.9 y un hematócrito de 17%; se lleva de nuevo a cirugía y se encuentra absceso subfrénico. En el postoperatorio desarrolla ictericia, hematemesis y melenas. Se realiza endoscopia gastroduodenal y no se encuentra causa directa del sangrado; se ordena arteriografía de tronco celíaco y de la arteria mesentérica superior.

**POSIBILIDADES DIAGNÓSTICAS**

1. Absceso hepático y subfrénico.
2. Pseudoaneurisma hepático y hemobilia.
3. Hemangioma hepático.

**DESCRIPCIÓN RADIOLÓGICA**

El catéter se halla en la arteria mesentérica superior a la altura de TXII; por medio de la arcada pancreatoduodenal se llena la arteria gastroduodenal, la arteria hepática propia y sus ramas derecha e izquierda. Hay una imagen densa de forma triangular que se ve en el espacio intercostal, relacionada con la arteria hepática izquierda (flechas) por encima y por fuera de la imagen antes descrita y se ve otra de menor densidad que el hígado, de con-

tornos irregulares, moteada, ocupa parte del VIII y IX espacios intercostales derechos posteriores; se nota además elevación del hemidiafragma derecho.

**DISCUSIÓN**

1. El paciente si mostró la presencia de un absceso subfrénico como se describió en la segunda cirugía; los síntomas y signos del absceso subfrénico son muy similares a los del absceso hepático. En este paciente no se demostró absceso localizado en el hígado. Las dos fotografías que se presentan muestran la localización del absceso subfrénico; la imagen moteada, de contornos irregulares y de densidad radioluciente corresponde al absceso. Es poco frecuente que las infecciones de hígado y menos las situadas en la región subfrénica, sean causantes de hematemesis y de melenas. Sin embargo, en 545 casos de hemobilia Sandblom<sup>1</sup> encontró 153 (28.1%) casos producidos por infecciones y lesio-

\* Profesor Titular (r), Sección de Radiología, Departamento de Medicina Interna, Escuela de Medicina, Facultad de Salud, Universidad del Valle, Cali.

nes inflamatorias del hígado. Los abscesos amebianos o piógenos como causantes de hemobilia son excepcionales lo que explicaría que la hematemesis y las melenas son efectos muy poco frecuentes<sup>2</sup>.

2. Los traumatismos ocasionados por armas cortopunzantes, por arma de fuego y traumas cerrados del abdomen pueden ser causa de pseudoaneurisma en el hígado, se lesiona la pared arterial y hay escape de sangre por la pared arterial rota formándose un gran hematoma con comunicación con la luz arterial; estos hematomas con el tiempo forman una pared fibrosa sin cubrimiento endotelial, lo que los diferencia de los aneurismas verdaderos los cuales están cubiertos de endotelio y poseen las demás capas arteriales. Estos pseudoaneurismas pueden ser causa de sangrado por la vía biliar lo que se conoce con el nombre de hemobilia que se caracteriza por una triada clásica: cólico de tipo biliar, sangrado gastrointestinal e ictericia; esta triada fue descrita en 1871 por Quinke y no se halla en todos los pacientes, se puede presentar en forma intermitente con intervalo de semanas, meses y hasta años<sup>3</sup>. El diagnóstico de esta enfermedad se hace por medio de la angiografía hepática, puede mostrar la presencia de aneurismas verdaderos, pseudoaneurismas, hematomas intrahepáticos, tumores malignos o benignos, fístulas arteriovenosas congénitas o traumáticas, etc.

Otros estudios que pueden ser de ayuda son la ecografía, la tomografía axial computadorizada (TAC) y sobre todo la TAC de tipo helicoidal que define la vasculatura del hígado. En casos de hemobilia la TAC puede dar una imagen similar de coágulos de sangre dentro de la vesícula, con imágenes de hiperdensidad pero los cálculos biliares, el barro biliar, los hematomas de la vesícula, el medio de contraste excretado en forma vicariante por la vía biliar se deben diferenciar basándose en criterios clínicos de cada paciente<sup>4</sup>.

3. El hemangioma hepático es el tumor benigno más frecuente del hígado, puede ser pequeño (4 cm o menos) o grande, único o múltiple; el diagnóstico se establece por medio de la ecografía, angiografía, la TAC y la resonancia magnética (RM); en los tres últimos métodos hay similitudes diagnósticas, comienza a opacificarse de la periferia hacia el centro y cuando se opacifica totalmente con el medio de contraste tarda mucho en desaparecer la mancha vascular. La RM muestra el hemangioma como una densidad blanca en T1 y en T2 hiperintenso y este aspecto se considera bastante típico. El hemangioma en raras ocasiones puede sangrar y ser origen de una hemobilia<sup>5</sup>. El aspecto del caso que se presenta no corresponde a lo descrito en el hemangioma de aparición lenta y no súbita como ocurrió en este paciente. El hemangioma muestra la presencia de

vasos periféricos que lo alimentan y en ocasiones el tumor no se pinta todo con el medio de contraste por la presencia de trombosis central o de fibrosis y cuando son muy grandes también pueden mostrar zonas de necrosis aun siendo benignos. El hemangioma igualmente se puede calcificar<sup>6</sup>. En la ecografía la mayoría de los hemangiomas son hiperecoicos, este aspecto cambia cuando hay necrosis, lagos sanguíneos, fibrosis, etc. Los hemangiomas también pueden mostrar la presencia de flebolitos dentro de los canales vasculares<sup>6</sup> y son visibles en la placa simple del abdomen, en la ecografía y en la TAC.

## DIAGNÓSTICO FINAL

Hemobilia secundaria a pseudoaneurisma hepático.

## REFERENCIAS

1. Sandblom P. Hemobilia. *Surg Clin North Am* 1973; 53: 1191-1201.
2. Urschel HC, Skinner DB, McDermott WV. Hemobilia secondary to liver abscess. *JAMA* 1963; 186: 797-799.
3. Kestenberg A, Chamorro-Mera C, Romero CJ. Hemobilia: informe de dos casos y revisión de la literatura. *Colomb Med* 1983; 14: 153-159.
4. Kathirkamanatam S, Mirvis SE. CT scan evaluation of blunt hepatic trauma. *Radiol Clin North Am* 1998; 36: 399-411.
5. Botoman VA, Johannes RS. Non traumatic hemobilia. *Johns Hopkins Med J* 1980; 146: 105-109.
6. Paley MR, Ros P. Hepatic calcification. *Radiol Clin North Am* 1998; 36: 391-398.