

11209.

2 ej 19



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado.

HEMOBILIA

Presentación de Cinco Casos.

TESIS

que presenta el Doctor

José Juventino Trujillo Herrera

para obtener el Grado de

Especialista en

Cirugía General.

FALLA DE ORIGEN

Puebla, Pue., Febrero 1984



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION.....	1
ETIOLOGIA.....	2
MANIFESTACIONES CLINICAS.....	3
CLASIFICACION.....	4
METODOS DIAGNOSTICOS.....	5
MATERIAL Y METODOS.....	6
CASO CLINICO No. 1.....	6
CASO CLINICO No. 2.....	7
CASO CLINICO No. 3.....	8
CASO CLINICO No. 4.....	10
CASO CLINICO No. 5.....	12
TRATAMIENTO.....	14
CONCLUSIONES.....	15
BIBLIOGRAFIA.....	17

La finalidad de este trabajo es la de llamar la atención sobre la Hemobilia, los diferentes métodos diagnósticos así como las modalidades de su tratamiento valiéndose de la presentación de cinco casos atendidos entre Mayo de 1980 y Junio de 1983 en los Hospitales Regional de Especialidades y General de Zona del I.M.S.S. de Puebla, Pue.

El término Hemobilia significa textualmente "sangre en la bilis" y es secundaria al establecimiento de una comunicación entre el tracto biliar y los vasos sanguíneos, la mayoría de las veces en una cavidad cerrada (1) a nivel del hígado.

Se consideran dentro de la Hemobilia dos grados de gravedad: la Hemobilia Mayor que produce un sangrado profuso dentro del árbol biliar y la Hemobilia Menor que produce una hemorragia en la vía biliar pero sin acompañarse de sangrado gastrointestinal manifiesto (15).

Se le considera como una complicación rara de los traumatismos hepáticos, hasta un 2% (1), sin embargo, esta clase de lesiones son cada vez más frecuentes. Se ha reportado que la Hemobilia "espontánea", es decir, la producida por padecimientos del hígado y vías biliares, es aún más frecuente. El síndrome puede presentarse también como una complicación de la cirugía abdominal, --- principalmente la biliar, que es tal vez la que se realiza con mayor frecuencia en nuestro medio. Esto sugiere que el índice de morbilidad es mayor de lo que se reporta en la literatura posiblemente por ser poco conocido y poco diagnosticado.

El diagnóstico de Hemobilia se ha incrementado con el paso del tiempo, inicialmente este se hacía raramente y así en 1963 (10) se habían publicado 36 casos únicamente, ya para 1972 se encuentran publicados y documentados adecuadamente 355 casos (1).

## ETIOLOGIA

La etiología de la Hemobilia puede ser: traumática (accidentes y cirugía), inflamatoria, por cálculos biliares, tumorales, trastornos vasculares e "idiopática". La etiología traumática es la más frecuente con una representación de un -- 50% en todas las estadísticas (13) debiendo hacerse incapié que en este grupo se incluyen las secundarias a traumatismo quirúrgico, los que -- pueden llegar a ser hasta un 17% del total. También se ha reportado hasta un 4% de Hemobilia en las colangiografías percutáneas (5,12). Ver cuadro No. 1.

La Hemobilia de origen inflamatorio tiene generalmente su causa en la invasión de parásitos del árbol biliar y tiene particular distribución geográfica ya que la mayoría se origina en el -- Oriente en países como China, Viet-nam, y Corea y se le ha dado el sobrenombre de "Hemobilia Tropical" (21); su principal agente causal es el *ág cari*.

Entre las causas de origen vascular, como lo son los aneurismas de la arteria hepática, Sandblom (21) menciona una frecuencia del 10%, llamando la atención que otros autores (5) la encuentran como una segunda causa de Hemobilia "espontánea".

En cuanto a la localización del sitio de sangrado encontramos que según Bismuth este se ubica en el hígado en un 53%, conductos biliares -- 22%, vesícula biliar 23% y páncreas 2%.

## FISIOPATOLOGIA

Habitualmente las conexiones anormales entre los vasos sanguíneos y conductos biliares se deben a un traumatismo. La lesión suele ser un desgarramiento directo de las estructuras afectadas o resultado del daño de la pared de la arteria con necrosis o ruptura posterior al árbol biliar. -- Una masa necrótica e infectada de hígado desvitalizado causa Hemobilia a erosionar los vasos y --

conductos de su periferia. Trastornos inflamatorios, cálculos y neoplasias en el conducto biliar producen en ocasiones el mismo efecto. La hemobilia es una manifestación espectacular de aneurismas rotos de la arteria hepática. Volviendo al origen traumático de la hemobilia tenemos que considerar si se trata de un traumatismo abierto o cerrado. Cuando se trata de traumatismo abierto este causará ruptura del hígado a través de la cápsula lo cual será fácilmente descubierto durante la laparotomía; en estos casos se puede crear una cavidad cerrada cuando el cirujano sutura superficialmente un desgarró profundo. En cambio, cuando el hígado es comprimido y aplastado durante un traumatismo como puede producirse una ruptura interna porque el parénquima es frágil y poco elástico y se crean pequeñas cavidades centrales pudiendo estas pasar desapercibidas fácilmente.

#### MANIFESTACIONES CLINICAS

La hemobilia puede presentarse inmediatamente o en forma tardía (7), que es lo más común, entre la segunda semana ó hasta seis meses después del trauma.

Clinicamente se observará dolor de tipo cólico en abdomen alto, en epigastrio, seguido de hemorragia gastrointestinal e ictericia de tipo obstructivo; la hemorragia puede ser manifestada sutil. En ocasiones puede llegarse a observar vómito de coágulos "ramificados" (5). Esta sintomatología está dada por la formación de coágulos en el conducto biliar lo que ocasiona obstrucción a la salida de bilis. Cabe mencionar que experimentalmente (14,15) se ha observado la formación de dos tipos de coágulos de acuerdo a la cantidad de sangre y velocidad a la que la misma pasa a través del árbol biliar; cuando pasa sangre a un flujo consecuente a hemobilia mayor se formarán coágulos mixtos (sangre y bilis) los cuales son de consistencia viscosa y fácilmente-

HEMOBILIA  
TRAUMÁTICA  
38%

Ruptura del hígado  
Heridas del hígado  
Traumatismo de arteria hepática  
Traumatismo de vesícula

HEMOBILIA  
POSOPERATORIA  
17%

Lesión de arteria  
o sus ramas

a) Pedicular  
Después de co-  
lecistectomía,  
coledocotomía,  
cirugía de úl-  
ceraduodenal.  
b) Intrahepáticas  
Después de ma-  
niobras instru-  
mentales o dre-  
naje transhepá-  
tico.

HEMOBILIA  
ESPONTÁNEA  
45%

Hepatitis necrosante  
Erosión de colédoco por drenaje  
biliar  
Enf. vasculares: aneurisma de arté-  
ria hepática intra y extra hepática.  
Enf. vesiculares: litiasis vesicu-  
lar, cáncer de vesícula, colecisti-  
tis adenomatosa.  
Enf. hepáticas: Tumores malignos  
Tumores benignos  
Abscesos de hígado:  
piógeno, amibiano  
Tuberculosis

HEMOBILIA  
TROPICAL  
Ascaridiasis  
Colangitis

Cuadro No. 1. Clasificación de la Hemobilia de  
acuerdo a su etiología  
(Tomado de H. Bismuth. Hemobillies. Le Concours-  
Medical. Vol. 98-41: Pags. 6236-44, 1976.)

solubles en la misma bilis; en cambio cuando el flujo de sangre es lento se observará la formación de coágulos de sangre pura. Se ha visto que la bilis tiene un poder fibrinolítico equiparable al que se observa en la cavidad peritoneal y que la fibrinólisis completa puede llevarse a cabo en 15 minutos. Esta actividad fibrinolítica se ve dificultada en caso de que el flujo biliar esté alterado ya sea por un coágulo muy grande o por patología propia del conducto biliar, en estos casos los coágulos retenidos semejarán cálculos.

#### MÉTODOS DIAGNOSTICOS

Ante un paciente con sangrado de tubo digestivo alto debe incluirse a la hemobilia dentro del diagnóstico diferencial.

Entre los estudios de mayor utilidad para su diagnóstico se encuentra la Endoscopia ya que permite observar la salida de sangre a través del Ampulla de Vater lo que dará prácticamente el diagnóstico. Lo mismo sucede al observar sangrado a través de una sonda en T.

Un estudio indispensable para confirmar el diagnóstico, determinar el sitio de sangrado e incluso con posibilidades terapéuticas de embolización es la Arteriografía que debe ser tanto del Tronco Celíaco como de la Mesentérica Superior ya que de ésta última puede originarse la Hepática Común o alguna de sus ramas.

La Centellografía Hepática puede mostrar un defecto de llenado por una cavidad intraparenquimatosas, sitio de la fístula en los casos de hemobilia postraumática.

En ocasiones el diagnóstico se hace transoperatoriamente al observar la presencia de sangre en la vía biliar al abrir el colédoco. La colangiografía transoperatoria puede mostrar la presencia de coágulos en la vía biliar. Este estudio es de particular importancia en los casos en que al someter a un paciente a laparotomía de urgencia se descubra la presencia de hemobilia y no



solubles en la misma bilis; en cambio cuando el flujo de sangre es lento se observará la formación de coágulos de sangre pura. Se ha visto que la bilis tiene un poder fibrinolítico equiparable al que se observa en la cavidad peritoneal y que la fibrinólisis completa puede llevarse a cabo en 15 minutos. Esta actividad fibrinolítica se ve dificultada en caso de que el flujo biliar esté alterado ya sea por un coágulo muy grande o por patología propia del conducto biliar, en estos casos los coágulos retenidos semejarán cálculos.

#### MÉTODOS DIAGNOSTICOS

Ante un paciente con sangrado de tubo digestivo alto debe incluirse a la hemobilia dentro del diagnóstico diferencial.

Entre los estudios de mayor utilidad para su diagnóstico se encuentra la Endoscopia ya que permite observar la salida de sangre a través del Ampulla de Vater lo que dará prácticamente el diagnóstico. Lo mismo sucede al observar sangrado a través de una sonda en T.

Un estudio indispensable para confirmar el diagnóstico, determinar el sitio de sangrado e incluso con posibilidades terapéuticas de embolización es la Arteriografía que debe ser tanto del Tronco Celíaco como de la Mesentérica Superior ya que de ésta última puede originarse la Hepática Común o alguna de sus ramas.

La Centellografía Hepática puede mostrar un defecto de llenado por una cavidad intraparenquimatosas, sitio de la fístula en los casos de hemobilia postraumática.

En ocasiones el diagnóstico se hace transoperatoriamente al observar la presencia de sangre en la vía biliar al abrir el colédoco. La colangiografía transoperatoria puede mostrar la presencia de coágulos en la vía biliar. Este estudio es de particular importancia en los casos en que al someter a un paciente a laparotomía de urgencia se descubra la presencia de hemobilia y no -

se cuente con las facilidades para efectuar una arteriografía en ese momento. El tomar una colangiografía y observar una lesión del conducto biliar indicará el sitio probable de la fistula tomando en cuenta que tanto elementos vasculares como biliares corren juntos en un mismo compartimento dependiente de la cápsula de Glisson (Féke te, Huguete).

#### MATERIAL Y METODOS

Se presentan cinco pacientes con edad promedio de 21 años y rangos de 8 a 32, cuatro del sexo masculino y uno femenino, atendidos entre Mayo de 1980 y Junio de 1983, cuatro en el Hospital Regional de Especialidades y uno en el Hospital General de Zona del I.M.S.S. en Puebla, Pue.

#### CASOS CLINICOS

##### CASO No.1

P.Q.J., masculino de 8 años de edad, ingresa el 23 de Mayo de 1980 posterior a ser arrollado por automóvil, inicialmente sin datos francos de abdomen agudo; se le mantiene en observación y dos días después desarrolla signos de irritación peritoneal francos, amilasa en sangre elevada y en las radiografías de abdomen se observa imagen de líquido libre en cavidad. Se interviene quirúrgicamente el 25 de Mayo siendo los hallazgos lesiones en bazo, páncreas, vesícula biliar, pedículo hepático e hígado; se le efectúa colecistectomía, gastrostomía y yeyunostomía, sonda en T en colédoco y drenajes en la cavidad abdominal. Evoluciones sin complicaciones hasta el octavo día en que presenta salida de bilis rojiza, el décimo día posoperatorio se le efectúa una colangiografía por sonda en T la cual muestra una cavidad intraparenquimatosa (Fotografía No. 1). El laboratorio confirma la presencia de sangre en la bilis. Es manejado en forma conservadora desahaciéndose la hemobilia por sí sola y es dado de alta a los 14 días de operado, asintomático, la sonda en T se retira al mes de operado.



Foto No.1- Colangiografía por sonda T donde se observa extravasación intraparenquimato-  
sa de medio de contraste.

CASO No. 2

R.V.C., femenino de 22 años de edad a la cual se le efectúa esplenopancreatectomía subtotal por pancreatitis necrótico-hemorrágica además de colecistectomía y drenaje con sonda en T del colédoco. 38 días mas tarde presenta sangrado a través de la sonda en T que se repite en forma intermitente, requiriendo transfusión repetitiva de sangre por lo que se reinterviene cuatro días mas tarde sin encontrarse el sitio de sangrado. Se le opera por tercera vez 24 horas mas tarde identificándose una erosión de la pared de la vía biliar principal producida por la sonda T - que a su vez interesaba a la arteria hepática - contigua, se efectúa ligadura de arteria hepática propia con lo que se controla el sangrado. La paciente falleció cuatro días mas tarde por sepsis abdominal corroborada a la autopsia.

CASO No. 3

O.S.A., masculino de 24 años quien el 11 de Julio de 1982 sufre herida penetrante de abdomen por proyectil de arma de fuego, por lo que en el Hospital General de Zona se le somete a laparotomía exploradora siendo los hallazgos hemoperitoneo de 1000 ml. con una lesión central del hígado, el sangrado se cohibe mediante compresión y se efectúa colecistectomía dado que se encuentra seccionada la arteria cística. El día 20 del mismo mes se reinterviene nuevamente ya que presenta datos de hipovolemia encontrándose hemoperitoneo de 2000 ml y zona de esfacelo en lóbulo cuadrado sin identificarse sitio de sangrado por lo que se da un punto en U en la zona de esfacelo únicamente. El 25 es enviado al Hospital Regional de especialidades por presentar nuevo epi



Foto No 2, Caso 3, arteriografía del Tronco Celiaco que muestra repermeación de la hepática derecha y pseudoaneurisma a ese nivel

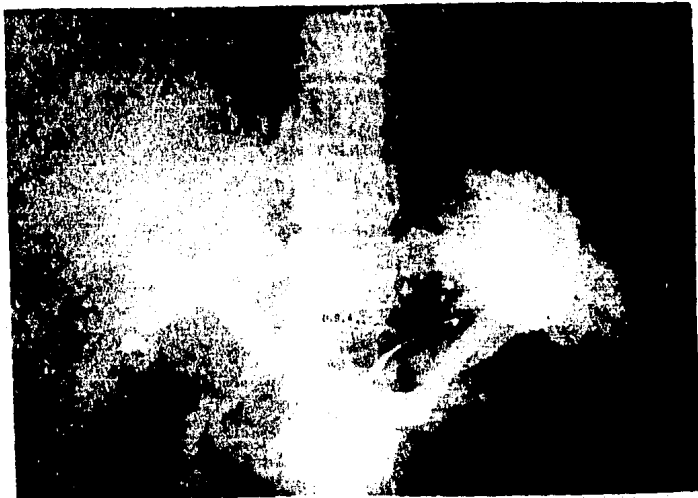


Foto No 3. Splenoportografía tomada durante la misma sesión de la arteriografía que muestra la persistencia del pseudoaneurisma a nivel de la arteria hepática.

sodio de sangrado además de fistula biliar externa. El 27 se reinterviene por sangrado activo encontrando hematoma subhepático, sangrado a nivel del hilio el cual se cobibia unicamente pinchando ambas ramas de la arteria hepática por lo que se liga la hepática propia. Se efectuó revisión de la vía biliar principal mediante coledocotomía encontrando coágulos en su interior, se deja sonda T. Una semana mas tarde presenta sangrado a través de sonda T durante cuatro días con descompensación hemodinámica. Se efectúa arteriografía del Tronco Celíaco el 9 de Agosto (Fotos 2 y 3) que muestran reperfusión de la hepática derecha y pseudoaneurisma a nivel de la misma. - El sangrado se incrementa por lo que se decide efectuarle Hepatectomía Derecha el día 19 de A--

-gosto. La cirugía se efectúa con éxito pero el paciente fallece cuatro días mas tarde por S.I.R. P.A., sepsis e insuficiencia hepática.

CASO No. 4

G.C.J., masculino de 23 años de edad que sufre - accidente automovilístico el 10 de Mayo de 1983-

986-35-1170 JAC 24-03-83

1556-35-1170 JAC 24-03-83

986-35-1170 JAC 24-03-83

1556-35-1170 JAC 24-03-83

986-35-1170 JAC 24-03-83

1556-35-1170 JAC 24-03-83

Foto No. 4. Ultrasonograma que muestra un hematoma intraparenquimatoso en el caso No. 4.

siendo intervenido en hospital no institucional mencionándose lesión del hígado y hemoperitoneo de 1500 ml., también cursaba con fractura de fémur izquierdo y fracturas costales derechas. - Trasladado el 14 de Mayo al Hospital General de Zona en donde evoluciona con fiebre de hasta -- 38.5 °C, ictericia progresiva y hepatomegalia - dolorosa, bilirrubinemia directa de 9.8 mg %, - leucocitosis de 15,500. Se efectúa Ultrasonografía de hígado (Foto No.4) el 24 de Mayo que muestra un hematoma intraparenquimatoso de ocho centímetros de diámetro; el hemocultivo fué positivo a estafilococo dorado. Durante su evolución se observa la presencia de sangre a través de sonda de coledocostomía así como hematemesis. - Una colangiografía por sonda T muestra ausencia de opacificación de elementos biliares del pedículo lateral derecho, imagen de medio de contraste "mezclado" sugestivo de sangre en la vía biliar y pobre opacificación de las vías biliares intrahepáticas, vesícula normal. El 25 de mayo es trasladado al Hospital Regional de Especialidades en donde ingresa con datos de toxoinfección. Se observa salida de sangre mezclada con bilis a través de sonda T. Radiografías de abdomen con imágenes de líquido libre en cavidad peritoneal, dilatación de asas de delgado; tórax con derrame pleural derecho. El laboratorio con 11.7 g% de Hb, 12,500 leucocitos, bilirrubina directa de 9.4 mg %, indirecta 3.2 mg transaminasa glutámico pirúvica 54 U, glutámico oxalacética 62 U, deshidrogenasa láctica 441, - amilasa 203 U. Se opera el mismo día de su ingreso siendo los hallazgos: hematomas subdiafrágmatico y subhepático, hematoma disecante del lóbulo derecho con necrosis segmentaria, lesión anfractuosa del lóbulo derecho suturada con catgut. Se efectúa colangiografía por la sonda T pinzando el pedículo sin lograr visualizar las vías biliares superiores. Se realiza Bisegmentectomía atípica del segmento V y parcial del - IV. Recibe apoyo por Nutrición Parenteral. Evoluciona con poco drenaje biliar a través de -

sonda T y fístula biliar a través de los drenajes así como toxiinfección. El 22 de Junio se somete a nueva laparotomía encontrándose colección de 300 ml de bilis en cara anterior de lóbulo derecho, fístula biliar a nivel del sitio de sección hepática la cual se exterioriza con sonda de polietileno; otra fístula a nivel del sitio de coledocostomía la que se sutura. Evoluciona bien hasta 15 días después en que desarrolla oclusión intestinal por bridas por lo que se reinterviene. Posterior a ello cursa con mejoría y se dá de alta a los siete días de la última intervención. Actualmente se encuentra asintomático.

#### CASO No. 5

C.M.G., masculino de 32 años que el 15 de Mayo de 1983 sufre lesión por proyectil de arma de fuego con orificio de entrada a nivel del sexto espacio intercostal izquierdo y línea media axilar y orificio de salida a ese mismo nivel del lado derecho. Se interviene quirúrgicamente ese mismo día siendo los hallazgos: lesión de ambos hemidiafragmas; lesión de estómago en cara posterior de curvatura menor; lesión de cara diafragmática de lóbulo izquierdo que atravesaba al hígado para salir en cara inferior de lóbulo derecho; lesión de polo inferior de bazo; hemoperitoneo de 3000 ml.; hemotórax derecho de 300 ml. Se efectuó cierre de lesión gástrica, gastrostomía, sutura de ambos hemidiafragmas, sutura de lesiones hepáticas y aplicación de Gelfoam, esplenectomía con aplicación de injertos autólogos del mismo en epiplón mayor. Posteriormente presentasangrado de tubo digestivo alto controlado inicialmente con manejo médico, reiniciando después con melena, para el 23 de Mayo se integra la Tríada de Quinke ya que se agregan ictericia y dolor abdominal tipo cólico. Se efectúa arteriografía del Tronco Celíaco (Foto No. 5) en la que se observa comunicación arterio-biliar en porción ini





Foto No. 5. Arteriografía del Tronco Celiaco donde se observa comunicación arterio-biliar en porción inicial de hepática izquierda (flecha angosta).

cial de arteria hepática izquierda por lo que el 27 de Mayo se opera ligando la arteria hepática-izquierda y mediante la punción del colédoco antes y después de la ligadura se observa la desaparición del sangrado a través del mismo. Durante tres días del posoperatorio presenta nuevamente sangrado de tubo digestivo alto que se controla con manejo médico. Después evoluciona asintomático por lo que es dado de alta el seis de Junio. En la actualidad se encuentra sano.

## TRATAMIENTO

Habitualmente la hemobilia menor cede de manera espontánea y pocos son los casos en los cuales es necesario desobstruir la vía biliar. La hemobilia mayor se trata con ligadura de la arteria hepática o una de sus ramas, resección hepática y, más recientemente, embolización selectiva.

En este trabajo nos ocupa principalmente el tratamiento quirúrgico de la Hemobilia Mayor, empleado en cuatro de los cinco casos presentados.

La ligadura de la arteria hepática (LAH) ha sido muy empleada en los casos de traumatismos de hígado como medida de hemostasia. Las publicaciones en relación a su uso en la hemobilia son muchas e indican una efectividad de alrededor del 78% (3) con recidivas hemorrágicas del 10%. En nuestro caso No.3 el sangrado solo se contenía con el pinzamiento de las dos hepáticas por lo que se practicó ligadura de la arteria hepática propia, a pesar de ello la recidiva ocurrió a los ocho días observándose en la arteriografía reperfusión de la hepática derecha. En el caso No.2 la ligadura de la arteria hepática propia controló el sangrado y en el caso No.5 bastó la ligadura de la rama izquierda de la hepática para lograrlo. Los riesgos y la técnica así como indicaciones de la LAH han sido bien definidos en las publicaciones de Madding y Kennedy (10), Bismuth (3) y Truman (20) entre otros.

Existe controversia en el uso de la resección hepática para el control de la hemobilia. Está bien establecido que las hepatectomías de urgencia en traumatismos conllevan una mortalidad superior al 50%, por ello algunos han sugerido el drenaje de los hematomas y la hemostasia de los vasos sangrantes (5) como tratamiento de las lesiones cerradas con buenos resultados. Así mismo se recomienda explorar la vía biliar en busca de coágulos (5). El sitio de las resecciones en el tratamiento de la hemobilia está determinado por el tipo de lesión, como en el caso No.4 en el -

cual un hematoma infectado ocultaba el origen de la hemobilia, acompañándose de desvitalización del parénquima vecino. En el caso No.3 la hepatectomía derecha nos pareció el único procedimiento terapéutico aplicable.

La resección hepática deberá reservarse para casos muy seleccionados y posiblemente después de haber agotado los recursos terapéuticos de primera instancia como serían la embolización o la LAH. La embolización ha tenido buenos resultados según recientes publicaciones (4,6,8,9).

El caso No.2, aunque raro, es un ejemplo de lo que puede pasar con una sonda T mantenida por un tiempo prolongado y el caso No.1 nos permite reflexionar sobre algunas publicaciones que sugieren la abstinencia quirúrgica para el manejo de la hemobilia (9) en casos que corresponden a su variante "menor".

Un punto importante en el manejo de la hemobilia es la de su prevención, principalmente en el tratamiento de los traumatismos de hígado. Cuando se encuentran desgarros profundos del parénquima no deben darse puntos sobre los mismo ya que se creará la cavidad cerrada indispensable para la producción del síndrome; al contrario, se deberá dejar abierta ligando los vasos sangrantes y drenando adecuadamente.

#### CONCLUSIONES

- 1.- La hemobilia es un síndrome que en la mayor parte de los casos puede ser diagnosticado clínicamente.
- 2.- La arteriografía celio-mesentérica es indispensable en todo paciente en quien se sospecha esta lesión.
- 3.- De gran ayuda puede ser la endoscopia al mostrar la salida de sangre por el ampulla de Vater en forma directa.
- 4.- El ultrasonido y la T.A.C. permiten una valoración integral de los pacientes, el sistema hepatobiliar y las lesiones agregadas.

5.- El manejo varía desde la observación para las hemobilias "menores" hasta la resección hepática con especial predilección por la embolización o la LAH en las hemobilias "mayores".

6.- La hemobilia sigue siendo una complicación dramática y grave de la patología del hígado y las vías biliares con una mortalidad cercana - al 25% si se consideran los datos estadísticos publicados.

7.- en todo sangrado de tubo digestivo alto debe tenerse presente la posibilidad de una hemobilia en el diagnóstico diferencial.

8.- No debe favorecerse la existencia de cavidades cerradas en las lesiones hepáticas y debe evitarse colocar suturas que afronten los bordes de las lesiones profundas.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Bismuth H.: Hemobilia. *N Engl J Med* 288:617,-1973.
- 2.- Campos C., Lopez C., y Cadena A.: Hemobilia y cancer de la cabeza del páncreas. *Rev. Cirujano General* 6:154, 1982.
- 3.- Desmaiziers F., Franco D. and Bismuth H.: Ligature de l'artere hepaticque dans les hemobilies traumatiques. *Ann Chir* 31:4, 1977.
- 4.- Franklyn R., Bloom W. and Schoffstal R.: Angiographic embolization as the definitive -- treatment of post-traumatic hemobilia. *J. -- Trauma* 20:702, 1980.
- 5.- Goodnight J., Blaisdell W.: Hemobilia. *Clin. Quir Norteam* 4:955, 1981.
- 6.- Heimbach D., Ferguson G. and Harley J.: Treatment of traumatic Hemobilia with angiographic embolization. *J Trauma* 18:221, 1978.
- 7.- Herman R., and Hoerer S.: Ainds in tre diagnostic of traumatic hemobilia. *Surg Gynecol-Obstet* 125:55, 1967.
- 8.- Hirsch M., Avinoach I., Keynan A.: Angiographic diagnosis and treatment oh Hemobilia. - *Radiology* 144:771, 1982.
- 9.- Lockwood T., Schorn L. and Coln D.: Nonoperative management of Hemobilia. *Ann Surg* 185:-335, 1977.
- 10.-Madding G. y Kennedy P.: Traumatismos de Hgado. Problemas actuales en cirugía clínica-Ed. Científico Médica. Barcelona, Esp. 1973: 130-33.
- 11.-Mac Gehee R., Townsend C. and Thompson J.: - Traumatic Hemobilia *Ann Surg* 179:311, 1974.
- 12.-Monden M., Okamura Jun., Kobayashi N. et al: Hemobilia after percutaneous transhepatic biliary drainage. *Arch Surg* 115:161, 1980.
- 13.-Sandblom P.: Hemobilia. *Clin Quir Norteam* 53: 1191, 1973.
- 14.-Sandblom P., Mirkovith V. and Saegesser F.: Formation and fate of fibrin clots in the biliary tract. *Ann Surg* 185:356, 1977.