

Embolização arterial no tratamento de hemobilia pós-trauma hepático: relato de caso*

Arterial embolization in the treatment of hemobilia after hepatic trauma: a case report

Hercilia Maria Carvalho Queiroz¹, Francisco de Assis Costa², Manoel Messias de Campos Junior³, Ricardo Leite de Aquino⁴, Frederico Augusto de Carvalho Linhares Filho⁵, Marcelo Otoch⁶

Resumo Hemobilia é causa rara de hemorragia digestiva e complicação incomum no trauma hepático. Ocorre devido à comunicação entre ductos biliares e vasos intra-hepáticos. Os autores relatam um caso de paciente vítima de ferimento penetrante abdominal que evoluiu, após três meses da hepatorráfia, com dor, icterícia e hemorragia digestiva. Foi realizada angiografia, que demonstrou pseudoaneurisma de artéria hepática direita, e efetuada embolização com sucesso.

Unitermos: Trauma hepático penetrante; Hemobilia; Angiografia.

Abstract Hemobilia is a rare cause of gastrointestinal bleeding and uncommon complication in cases of liver trauma. It occurs due to communication between bile ducts and intrahepatic vessels. The authors describe the case of a patient victim of penetrating abdominal injury, who progressed after three months of liver suture with pain, jaundice and gastrointestinal bleeding. Angiography diagnosed right hepatic artery pseudoaneurysm, and embolization procedure was successfully performed.

Keywords: Penetrating hepatic trauma; Hemobilia; Angiography.

Queiroz HMC, Costa FA, Campos Junior MM, Aquino RL, Linhares Filho FAC, Otoch M. Embolização arterial no tratamento de hemobilia pós-trauma hepático: relato de caso. Radiol Bras. 2012 Jan/Fev;45(1):63-64.

INTRODUÇÃO

O termo hemobilia foi utilizado pela primeira vez por Sandblom em 1948 para descrever sangramento na árvore biliar após trauma hepático. É uma afecção incomum e faz parte do diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva alta⁽¹⁾. É causada por uma comunicação entre a circulação esplâncica e o trato biliar⁽²⁾. Existem várias causas de hemobilia, como trauma

iatrogênico e acidental, litíase biliar, inflamação, malformações vasculares e tumores. O trauma iatrogênico é a causa mais comum de hemobilia⁽³⁾. A apresentação clínica é caracterizada por dor abdominal, hemorragia digestiva e icterícia. Tradicionalmente, o tratamento da hemobilia sintomática era cirúrgico, realizando-se hepatectomia parcial ou ligadura da artéria hepática. Entretanto, atualmente, a embolização da artéria hepática tem sido o padrão ouro em virtude de 80% a 100% de sucesso no controle do sangramento e dos baixos índices de morbidade e mortalidade⁽³⁾.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo masculino, 22 anos de idade, vítima de ferimento por arma de fogo na região toracoabdominal direita há três meses, quando foi submetido a laparotomia exploradora e hepatorráfia de lesões nos segmentos V e VI. Após dois meses do trauma, apresentou quadro de dor abdominal no hipocôndrio direito, de forte intensidade, associada a hematêmese, melena e icterícia flutuante. Realizou-se ultrassonografia (US) abdominal, que evidenciou estrutura dilatada nos segmentos V e VI do

fígado, de diâmetro de 2 cm, com fluxo ao Doppler colorido (Figura 1). A endoscopia digestiva alta (EDA) não apresentou alterações. A tomografia computadorizada (TC) abdominal *multislice* revelou área amorfa de aspecto em faixa, hipodensa, localizada no lobo hepático direito, envolvendo o segmento V e transição VI/VII, estendendo-se para a superfície capsular, com discreta dilatação das vias biliares intra e extra-hepáticas. O paciente foi submetido a arteriografia e cateterismo seletivo da artéria hepática, que evidenciou pseudoaneurisma da artéria hepática com fístula arterio-biliar (Figura 2), sendo realizada com sucesso a embolização com quatro micro-molas GDC de destacamento controlado (Figura 3). O paciente evoluiu assintomático, recebendo alta após sete dias do procedimento.

DISCUSSÃO

A hemobilia ocorre em 2,5% dos traumas hepáticos acidentais e em 3% a 7% dos traumas hepáticos incidentais, podendo desenvolver-se vários meses após o trauma^(4,5). O quadro clínico caracteriza-se por icterícia (60%), dor no hipocôndrio direito

* Trabalho realizado no Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil.

1. Médica Residente de Dermatologia do Hospital Universitário Walter Cantídio – Universidade Federal do Ceará (UFC), Fortaleza, CE, Brasil.

2. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Cirurgiões, Chefe do Serviço de Cirurgia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil.

3. Cirurgião Geral, Médico Residente de Cirurgia Vascular do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil.

4. Membro Titular do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR), Médico Cirurgião Geral, Radiologista Intervencionista e Angiorradiologista do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil.

5. Cirurgião Geral, Médico Residente de Cirurgia Vascular do Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia, São Paulo, SP, Brasil.

6. Médico Radiologista Intervencionista do Hospital Geral de Fortaleza (HGF), Fortaleza, CE, Brasil.

Endereço para correspondência: Dra. Hercilia Maria Carvalho Queiroz. Rua Valdetário Mota, 1572, ap. 101, Bairro Cocó. Fortaleza, CE, Brasil, 60192-300. E-mail: herciliaqueiroz@hotmail.com

Recebido para publicação em 26/2/2011. Aceito, após revisão, em 29/6/2011.



Figura 1. Ultrassonografia com Doppler colorido evidenciando estrutura dilatada e tortuosa de diâmetro de 2 cm, com presença de fluxo nos segmentos V e VI.



Figura 2. Arteriografia da artéria hepática direita, identificando o pseudoaneurisma.



Figura 3. Arteriografia seletiva após embolização com micromolas da artéria hepática direita.

(70%) e hemorragia digestiva, que pode variar desde uma anemia secundária a um sangramento crônico ou sangramento maciço com hipotensão⁽⁶⁾.

A investigação diagnóstica de hemobilia deve incluir EDA para excluir outras causas mais comuns de hemorragia digestiva alta, entretanto, a natureza intermitente do sangramento na hemobilia torna este um achado incerto. A US é útil, rápida e constitui um método efetivo não invasivo para detectar hemobilia, podendo mostrar coágulo ou material ecogênico intraluminal da árvore biliar ou vesícula^(6,7). A TC pode detectar obstrução de ducto biliar comum, pseudoaneurismas, assim como identificar cavidades intra-hepáticas que podem requerer desbridamento cirúrgico^(6,7). A an-

giografia hepática é o procedimento diagnóstico de escolha^(6,7).

O tratamento da hemobilia pós-traumática varia na dependência da gravidade do sangramento, da enfermidade de base, da idade e das condições gerais do paciente⁽⁶⁾. Sangramentos cessam em aproximadamente metade dos casos apenas com tratamento de suporte⁽⁴⁾. Em casos de perda de sangue mínima, pacientes podem ser observados e monitorados com exames laboratoriais (hemoglobina, hematócrito, enzimas hepáticas e bilirrubinas). Em sangramentos maiores, é necessária a realização de angiografia com cateterização seletiva e embolização de vasos sangrantes. A causa subjacente à hemobilia pós-traumática mais comum é um pseudoaneurisma⁽⁵⁾. O tratamento defi-

nitivo pode incluir ressecção hepática, ligadura de vasos sangrantes ou embolização da artéria hepática^(5,6,8). A embolização arterial seletiva constitui, atualmente, o tratamento de escolha e com taxa de cura acima de 90%, estando associado a morbidade e mortalidade menores em comparação ao tratamento cirúrgico, que deve ser reservado quando há falha da embolização^(5,6,8). Atualmente, muitos agentes embólicos estão disponíveis, tais como balões destacáveis, molas, partículas de álcool polivinílico e n-butil cianoacrilato⁽³⁾. Gelfoam é barato, de fácil aquisição e absorvível. As molas permitem uma melhor precisão, no entanto, tornam o procedimento mais dispendioso. As complicações da embolização arterial incluem infarto hepático, necrose de vesícula, sangramento gastrointestinal, pancreatite aguda, e estão relacionadas à escolha incorreta dos agentes embólicos e uso inapropriado da técnica superseletiva⁽³⁾.

Concluindo, hemobilia maciça é uma emergência cirúrgica. A arteriografia com a embolização transcaterter consiste em uma das melhores opções de diagnóstico e tratamento. É segura, menos invasiva e eficaz⁽³⁾.

REFERÊNCIAS

1. Cho CJ, Kim YG, Lee SG, et al. Inflammatory and noninflammatory vascular disease causing hemobilia. *J Clin Rheumatol*. 2011;17:138–41.
2. Demyttenaere SV, Hassanain M, Halwani Y, et al. Massive hemobilia. *Can J Surg*. 2009;52:E109–E110.
3. Xu ZB, Zhou XY, Peng ZY, et al. Evaluation of selective hepatic angiography and embolization in patients with massive hemobilia. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int*. 2005;4:254–8.
4. Dobbins JM, Rao PM, Novelline RA. Posttraumatic hemobilia. *Emergency Radiology*. 1997;4:180–3.
5. Wani NA, Gojwari TA, Khan NA, et al. Hemobilia in a child due to right hepatic artery pseudoaneurysm: multidetector-row computed tomography demonstration. *Saudi J Gastroenterol*. 2011;17:152–4.
6. López AC, Villar JM, Álvarez-Arenas IB, et al. Hemobilia: una causa poco frecuente de hemorragia digestiva masiva. *Cir Esp*. 2007;82:368–72.
7. Forlee MV, Krige JEJ, Welman CJ, et al. Haemobilia after penetrating and blunt liver injury: treatment with selective hepatic artery embolisation. *Injury*. 2004;35:23–8.
8. Shapira Z, Lavy R, Altshuler A, et al. Hemobilia as a presenting sign of hepatic artery to portal vein fistula caused by percutaneous transhepatic biliary drainage. *Isr Med Assoc J*. 2011;13:64–5.