

UM SUCESSO TERAPÊUTICO NUMA PATOLOGIA RARA DAS VIAS BILIARES

Hospital São Bernardo — Serviço de Gastreenterologia

Ribeiro S., Teixeira C., Martins C., Mangualde J., Freire R., Alves A., Oliveira A., Cremers I.

21 de Novembro de 2015

Caso Clínico



83 anos

➤ Antecedentes pessoais:

- Colecistectomia - 30a
- Hepaticoduodenostomia LL – 20a
- 2011 por suspeita de coledocolitíase → CPRE:
dilatação vias biliares

➤ Patologias associadas:

- HTA, Cardiopatia Isquêmica

➤ Medicação

- Enalapril, Bisoprolol, AAS

Caso clínico



- Hematoquezias de sangue escuro
- Dor HD e epigastro
- Síncope

18.04.2015

➤ EXAME OBJECTIVO:

- Taquicárdica e descorada
- Dor nos quadrantes superiores do abdómen
- Toque rectal: melenas



ESTUDO ANALÍTICO INICIAL:

- Anemia Hb 9,3 g/dl NN
- Ureia 74mg/dL, creatinina 0.9 mg/dl
- Aumento das provas hepáticas ALT 183 U/L, AST 296 U/L, FA 487 U/L, GGT 409 U/L, BT: 1.79mg/dL
- Prolongamento TP 15,3s
- PCR 7 mg/dl (VR < 0,2)

Caso clínico

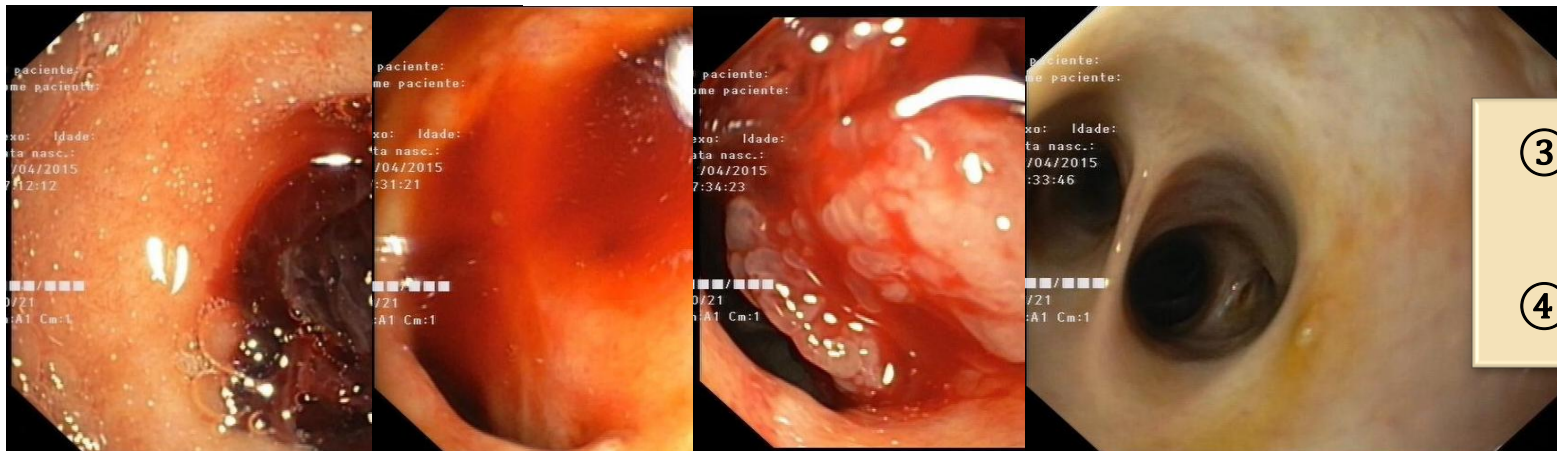


- ❖ Novo episódio de hematoquezias
- ❖ Instabilidade hemodinâmica

① Fluidoterapia

② Unidade Concentrado Eritrocitário (Hb:7.2g/dL)

EDA



③ Adrenalina

1:10.000

④ Vigilância

Internamento S. Cirurgia

- ❌ Queda de hemoglobina
- ❌ Perdas hemáticas
- ❌ Necessidade de suporte transfusional

EDA

Polipectomia



Ausência de novos episódios
Hemoglobina estável – 10.3g/dL



ALTA após 4 dias



**PROCESSO INFLAMATÓRIO
CRÔNICO**
Pólipo hiperplásico

Internamento S.Gastro

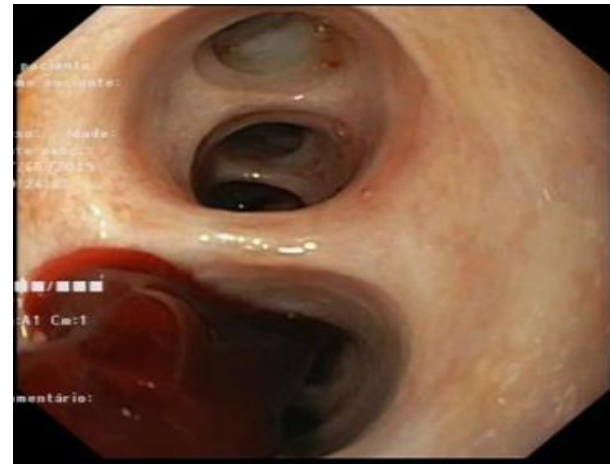


- 4 dias pós-alta → Hemorragia digestiva alta maciça
- Queda Hb 5.9g/dL; BT: 3.1mg/dL

① Fluidoterapia

② Suporte transfusional

EDA

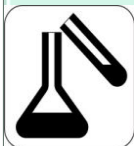


Angiografia



Internamento S.Gastroenterologia

PÓS-EMBOLIZAÇÃO:



Dor abdominal e febre

Leucocitose, ↑ PCR: 30 mg/dL

Aumento das provas hepáticas ALT 83 U/L, AST 201 U/L

TAC:

- **Enfarte hepático - segmento II**



① **Antibioterapia**

② **Terapêutica de suporte**



Alta 1 semana depois

Hemobilia

- ❑ A hemobilia é um evento raro
- ❑ A sua etiologia é, na maior parte dos casos, iatrogénica
- ❑ Hemobilia maciça é potencialmente fatal, com uma taxa de mortalidade de até 50%
- ❑ Presença da tríade de Quinke (22-30%): dor abdominal, icterícia, hemorragia
- ❑ Geralmente resultado de lesão do cístico ou da parede da artéria hepática, com o aparecimento de fístula arteriobiliar ou desenvolvimento de pseudoaneurisma (delayed bleeding into biliary tree)

Hemobilia

- ❑ Dificil de reconhecer, contudo, deve ser incluída no diagnóstico diferencial de hemorragia digestiva
- ❑ Dias, semanas ou meses após cirurgia
- ❑ Dilema diagnóstico → pólipos com sinais de hemorragia recente no interior do trato biliar + longo período de tempo decorrido entre a manipulação da árvore biliar e o episódio de hemorragia
- ❑ EDA pode revelar hemorragia através da papila de Vater em 30%–100% dos casos

Hemobilia

- ❑ Arteriografia percutânea → “gold standard” no diagnóstico e tratamento
- ❑ Complicações: enfarte hepatobiliar (6%), abscesso hepático (9%), hemorragia (6%), fibrose vesícula (2%)
- ❑ Terapêutica cirúrgica: casos associados a litíase complicada das vias biliares, colecistite, neoplasias ressecáveis, falência terapêutica, indisponibilidade local