

## Complicación de biopsia hepática percutánea (hemobilia) diagnosticada por subsiguiente biopsia percutánea

B. Madrigal Rubiales\*, R. Serrano Pardo, H. García Muñoz y F. Colina\*\*

\*Hospital Nuestra Señora de Covadonga, Oviedo.

\*\*Departamento de Anatomía Patológica, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

La biopsia hepática es un procedimiento diagnóstico invasor y con riesgo para el paciente. La mortalidad oscila entre el 0,09% y el 0,33% (1-3). La complicación más frecuente y grave es la hemorragia (1,7%) (3). Se presenta en forma de hematoma intrahepático, hemoperitoneo (con o sin shock hipovolémico secundario) o hemobilia. Otras complicaciones menos frecuentes son las fístulas biliares con o sin biliperitoneo, la fístula bilioarterial o arteriovenosa, la colangitis, las sepsis y el neumotórax (4-6). Estas complicaciones, incluida la hemorragia, no siempre son inmediatas. Infrecuentemente en la hemorragia también puede existir un periodo largo de latencia hasta la manifestación clínica (7).

La biopsia periódica es una herramienta imprescindible en el tratamiento del injerto hepático ya que ha demostrado su utilidad en el control de la inmunosupresión y en el diagnóstico de las complicaciones y de las enfermedades hepáticas postrasplante (6, 8). El índice de biopsias que se realizan por injerto y paciente trasplantado oscila entre 3 y 7 (8). A pesar de que un porcentaje relevante de este tipo de pacientes presenta una coagulación alterada, la morbilidad del procedimiento en nuestro programa de trasplante hepático no es alta (0,93%) (6).

Presentamos un caso de hemorragia digestiva baja secundaria a hemobilia cuya causa fue una primera punción biopsica percutánea del injerto. El origen anatómico de la hemorragia se diagnosticó por los hallazgos histológicos de la segunda punción biopsica realizada días más tarde. Éste es el único tipo de complicación postbiopsia que ha sido observado en nuestro programa (550 trasplantes).

Un paciente de 36 años fue sometido a trasplante hepático en tres ocasiones: la primera, en junio de 1989, por cirrosis postnecrótica por virus de la hepatitis C en situación terminal (grado C de Child-Pugh); el segundo trasplante, 23 meses más tarde, estuvo indicado por rechazo ductopénico y tras la recidiva del rechazo crónico requirió un tercer trasplante cuatro meses más tarde. En este último injerto se realizó la biopsia hepática percutánea protocolizada a los 16 días postrasplante, con los siguientes datos séricos de función hepática: GOT: 27 IU/l, GPT: 280 IU/l, GGT: 817 IU/l, LDH: 206 IU/l, FA: 597 IU/l y Bil: 2,4 mg/dl. El estudio histopatológico excluyó rechazo celular y diagnosticó

cambios mínimos. Al día siguiente se objetivó una hemorragia digestiva baja que cedió espontáneamente en dos días. Se realizó una estimación de la repercusión hemodinámica mediante las medidas de las cifras de tensión arterial, frecuencia cardíaca y el estado de perfusión periférica. La valoración clínica de la cuantía del sangrado fue de una disminución de la volemia menor del 10% (leve). Debido al cese espontáneo del sangrado y a que no tuvo repercusión en el estado general del paciente, no se realizaron procedimientos exploratorios invasores. Ocho días más tarde (día 28 postrasplante) unas pruebas de función hepática alteradas (GOT: 513 IU/l, GPT: 355 IU/l, GGT: 890 IU/l, LDH: 315 IU/l, FA: 1083 IU/l y Bil: 5,2 mg/dl) indicaron una nueva biopsia, apreciándose histológicamente una hemorragia intraluminal e interepitelial en los ductos interlobulillares (Fig. 1). Esta hemobilia microscópica se atribuyó a la biopsia hepática previa y explicó el origen de la hemorragia digestiva baja.

Glisson en 1654 observó la hemorragia biliar por primera vez y Sandblom (9) introdujo el término de hemobilia en 1948. La incidencia estimada de hemobilia por biopsia hepática es muy baja, ocurriendo sólo en uno de cada 15.000 pacientes biopsiados (4). Se ha descrito en pacientes con traumatismos accidentales y por traumas quirúrgicos. También se ha observado asociada a inflamación de la vía biliar, a litiasis, a tumores hepáticos o a tumores en hilio y a aneurismas de la arteria hepática (10). En la actualidad se produce un incremento de los casos por etiología iatrogénica debido al aumento del empleo de técnicas diagnósticas o terapéuticas invasoras en el hígado (colangiografías, cirugías laparoscópicas) y, entre ellas, también por la biopsia percutánea (4). Piccinino y cols. (1), en un estudio retrospectivo de 68.276 biopsias hepáticas percutáneas, encontraron cuatro casos (0,06%) de hemobilia.

El diagnóstico histológico de la hemobilia en biopsia hepática se ha descrito hasta ahora únicamente en injertos (11). En el contexto del trasplante hepático, la hemorragia intraluminal e interepitelial en los ductos interlobulillares se ha observado también después de realizar procedimientos diagnósticos o terapéuticos invasores que han podido dañar el árbol biliar. Se ha asociado temporalmente con colangiografías percutáneas o intraoperatorias, con colecistopancreatografías endoscópicas retrógradas, con manipulaciones quirúrgicas del árbol biliar extrahepático (inserción de catéteres, reconstrucciones de anastomosis o de las vías biliares) (11) y parece ser que también con la biopsia percutánea. No es la punción biopsica que causa la hemorragia intrahepática seguida de hemobilia la que aporta el signo microscópico descrito. Es evidente que tal hemorragia no puede ser objetivada en el cilindro cuyo hueco es el lugar que será ocupado por el excesivo e incontrolado extravasado hemático que puede drenar a la vía biliar. Sólo poste-



**Figura 1.** Espacio porta que muestra un ducto interlobulillar con hematíes intraluminales e interepiteliales (flechas) (original, HE  $\times 200$ ). En el detalle los hematíes (flechas cortas) se evidencian semitransparentes en tinción tricrómica (original, Masson  $\times 400$ ).

riormente es la siguiente biopsia o son las técnicas de imagen (4) las que pueden hacerla evidente, como este caso ejemplifica. Este hallazgo microscópico permite diagnosticar la etiología y el origen de la hemorragia. No extraña el desconocimiento de los posibles significados de este marcador microscópico antes de la instauración del trasplante ya que las biopsias reiteradas separadas por períodos muy cortos sólo se han realizado en este contexto.

Los patólogos pueden encontrar los signos histológicos citados no sólo en las biopsias de los injertos sino también en las de los hígados nativos por causa de manipulaciones previas de la vía biliar. Actualmente es muy frecuente la práctica de los procedimientos invasores citados en los pacientes cuyas enfermedades hepáticas también son indicación de biopsia percutánea.

## BIBLIOGRAFÍA

---

1. Piccinino F, Sagnelli E, Pasquale G, Giusti G. *Complications following percutaneous liver biopsy. A multicentre retrospective study on 68.276 biopsies.* J Hepatol 1986; 2: 165-173.
2. Terry R. *Risk of needle biopsy of the liver.* Br Med J 1952; 1: 1102-1105.
3. Gilmore IT, Burroughs A, Murray-Lyon IM, Williams R, Jenkins D, Hopkins A. *Indications, methods, and outcomes of percutaneous liver biopsy in England and Wales: An audit by the British Society of Gastroenterology and the Royal College of Physicians of London.* Gut 1995; 36: 437-441.
4. Lichtenstein DR, Kim D, Chopra S. *Delayed massive hemobilia following percutaneous liver biopsy: Treatment by embolotherapy.* Am J Gastroenterol 1992; 87: 1833-1838.
5. Ruben RA, Chopra S. *Bile peritonitis after liver biopsy: Nonsurgical management of a patient with acute abdomen: A case report with review of the literature.* Am J Gastroenterol 1987; 82: 265-268.
6. Manzano Alonso ML, Yela San Bernardino C, Garfía Castillo C, Rodríguez Muñoz S, Castellano Tortajada G. *Complicaciones de la biopsia hepática percutánea en el trasplante hepático.* Gastroenterol Hepatol 1996; 19: 337.
7. Taylor JD, Carr-Locke DL, Fossard DP. *Bile peritonitis and hemobilia after percutaneous liver biopsy: Endoscopic retrograde cholangiopancreatography demonstration of bile leak.* Am J Gastroenterol 1987; 82: 262-264.
8. Colina F. *The role of histopathology in hepatic transplantation.* Sem Diag Pathol 1992; 9: 200-209.
9. Sandblom P. *Hemorrhage into the biliary tract following trauma: "Traumatic hemobilia".* Surgery 1948; 24: 571-586.
10. Sandblom P. *Hemobilia.* Surg Clin North Am 1973; 53: 1191-1201.
11. Harsthorne N, Hartman G, Markin RS, Demetris AJ, Ferrell L. *Bile duct hemorrhage: A biopsy finding after cholangiography or biliary tree manipulation.* Liver 1992; 12: 137-139.