

Caso	(065) Hemobezoar secundario a fístula colecistoduodenal con obstrucción gástrica secundaria
Autores	Antonio Jesús Láinez Ramos-bossini, Beatriz Moraleda Cabrera, Francisco Garrido Sanz, Pablo Redruello Guerrero, Carlos Luque Revelles, Antonio Medina Benítez,
Centro	Hospital Universitario Virgen De Las Nieves

EXPOSICIÓN DEL CASO

Varón de 86 años sin antecedentes de interés traído a nuestro servicio de urgencias por malestar general, hipotensión y vómitos oscuros. La exploración abdominal fue anodina y la analítica mostró las siguientes alteraciones destacables: proteína C reactiva 188,3 mg/dl, leucocitos 24.440 células/mm³ (88,4% polimorfonucleares) y hemoglobina 8,4 g/dl.

Ante la sospecha de complicación abdominal, se realizó una tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste intravenoso en fases arterial, venosa portal y tardía que mostró una vesícula biliar pequeña con calcificación discontinua parietal y solución de continuidad en comunicación con la primera porción duodenal, donde se evidenció un gran coágulo que producía obstrucción gástrica secundaria, y extravasación de contraste intravenoso en el seno del coágulo en la fase venosa tardía (figura 1A-C).

Tras estabilizar al paciente, se realizó una endoscopia digestiva alta (EDA) que corroboró la presencia de un gran coágulo en la pared duodenal, el cual se evitó desprender ante la sospecha de perforación subyacente. Tras 6 días de tratamiento conservador con mejoría clínica y analítica, se realizó una resonancia magnética de abdomen que mostró la presencia de múltiples colelitiasis pequeñas y una colección adyacente a la fístula colecistoduodenal, sin evidencia de material hemático duodenal (figura 1D). El paciente fue tratado de manera conservadora y dado de alta 10 días después.

DISCUSIÓN

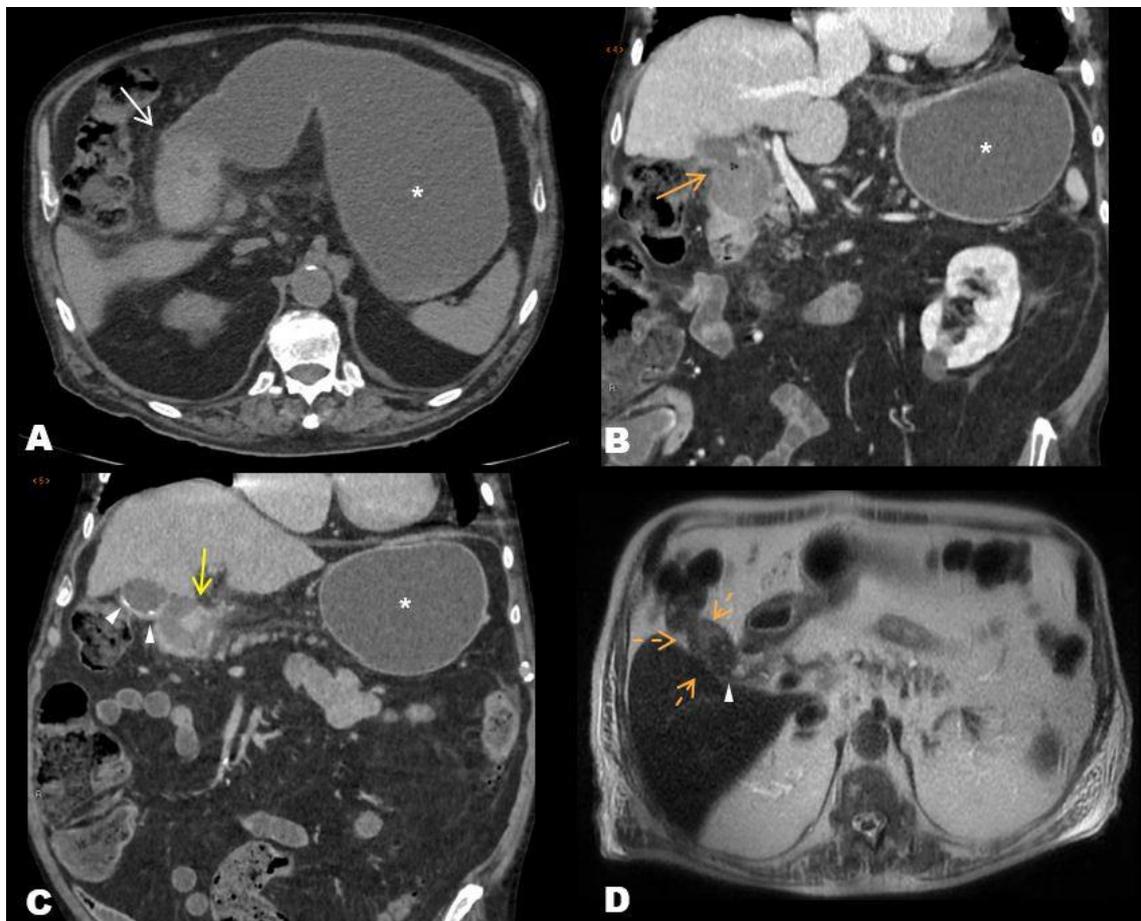
La obstrucción digestiva alta secundaria a hemobezoar es una complicación muy rara, generalmente producida en el contexto de bypass gástrico en Y de Roux [1,2], aunque también descrito como complicación de esfinterotomía [3]. Sin embargo, en el caso presentado, la etiología fue una colecistopatía crónica con formación de fístula colecistoduodenal, ulceración secundaria y formación de hemobezoar. Hasta donde sabemos, no se han descrito casos de hemobezoar secundario a patología biliar.

El caso presentado ilustra la importancia de la TC de abdomen con contraste intravenoso en el diagnóstico de esta infrecuente patología, ya que permite evaluar adecuadamente la localización, tamaño y complicaciones asociadas, destacando la identificación de extravasación de contraste intravenoso que sugiera sangrado activo y alteraciones hepatobiliares como fístulas colecistoduodenales. No obstante, la confirmación de los hallazgos mediante EDA es necesaria. El papel de

la RM dada su mayor resolución de contraste tisular y las limitaciones de la TC en la evaluación de coledoclitiasis no calcificadas.

CONCLUSIÓN

La obstrucción digestiva alta secundaria a hemobezoar es una complicación rara que requiere un diagnóstico y tratamiento rápidos por su potencial mortalidad. El papel de la TC es esencial para detectar la localización, tamaño y complicaciones asociadas, siendo especialmente importante la identificación de signos de sangrado activo.



Tomografía computarizada de abdomen y pelvis sin contraste intravenoso (A) y tras contraste intravenoso en fases venosa portal (B) y tardía (C). Formación ovalada intraluminal en primera porción del duodeno que muestra alta densidad en el estudio precontraste (flecha en A) y no realza significativamente tras la administración de contraste intravenoso (B y C), compatible con hemobezoar. Ocasiona gran dilatación de la cámara gástrica (asterisco) por obstrucción secundaria. Solución de continuidad de la pared de la vesícula biliar en comunicación con la primera porción duodenal (flecha en B) compatible con fístula colecistoduodenal. Obsérvese el pequeño tamaño y las calcificaciones de la vesícula biliar (puntas de flecha en C) en relación con colecistopatía crónica, y la extravasación de contraste intravenoso en el seno del coágulo en la fase venosa tardía (flecha amarilla en C). Resonancia magnética de abdomen realizada 6 días más tarde. Imagen axial, secuencia T2 fast-spin echo (D). Múltiples coledoclitiasis de pequeño tamaño (flechas naranjas) y fístula colecistoduodenal (punta de flecha) de menor tamaño que en B, sin evidencia de material hemático en el duodeno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Soricelli E, Facchiano E, Quartararo G, Beltrame B, Leuratti L, Lucchese M. Large Hemobezoar Causing Acute Small Bowel Obstruction After Roux-en-Y Gastric Bypass: Laparoscopic Management. *Obes Surg.* 2017;27(7):1906-1907. doi: 10.1007/s11695-017-2708-4. PMID: 28474320.
2. Caputo V, Facchiano E, Soricelli E, et al. Small Bowel Obstruction After Laparoscopic Roux-en-Y Gastric Bypass Caused by Hemobezoar: A Case Series and Review of Literature. *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques.* 2021 Jun. DOI: 10.1097/sle.0000000000000963
3. Groth S, Seewald S, Leong AT, Omar S, de Weerth A, Thonke F, Soehendra N. Postendoscopic hemobezoar (with video). *Gastrointestinal Endoscopy.* 2006; 63(4): P715