

## HEMORRAGIAS MASIVAS POR LA VIA BILIAR PRINCIPAL (\*)

Drs. Alberto Valls Jiménez de Aréchaça y César Arrutti

Con motivo de una enferma, operada de litiasis de colédoco, que sucumbió a una sucesión de hemorragias masivas de la vía biliar principal, que se tradujeron por salida de sangre por el tubo de drenaje, melenas, hematemesis y un cuadro de insuficiencia circulatoria periférica, hemos revisado en la bibliografía el tema, encontrando escasos artículos y hemos juntado casos clínicos en esa misma bibliografía y por encuesta a una serie de cirujanos de nuestro medio.

Hemos comprobado la impotencia del cirujano tratante frente a esta rara complicación; impotencia que radica en no haber podido poner de manifiesto la causa y la zona de producción de la hemorragia.

Es en este sentido, que preocupados por ese motivo, hemos analizado las historias que se acompañaron de autopsias, para hacer una clasificación etiológica y regional que nos permita tener una esperanza de un tratamiento más activo en el futuro.

### Antecedentes históricos.

Siguiendo a Hyland Kerr, Mensh y Gould (1), las hemorragias del tracto biliar fueron relatadas primeramente por Nauyn (1892) y Schmidt al año siguiente. Kerr y colaboradores recogieron menos de 100 casos publicados hasta 1952. Nauyn (1892); Budinger (1925); y Lichtman (1936) (2) clasificaron las hemorragias debidas a enfermedades del hígado y tracto biliar. Las dividen en:

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía el día 21 de marzo de 1956.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

- A) Acolémicas.**
- 1º Origen portal
    - a) várices
    - b) trombosis de la vena porta
  - 2º Origen hepático
    - a) trauma
    - b) atrofia amarilla
  - 3º Origen en el tracto biliar
    - a) vascular
      - 1) aneurisma roto
      - 2) erosión de vaso sanguíneo
      - 3) perforación de vesícula.
    - b) colecistitis hemorrágica
    - c) neoplasma con ulceración
- B) Discrasia colémica.**

Los mismos autores, Kerr y colaboradores dividen las hemorragias en: 1º de causa intrahepática y 2º extrahepática, y éstas, de los conductos biliares y de la vesícula biliar.

Nosotros después de estudiar los casos recopilados hacemos la siguiente clasificación:

**CAUSAS DE HEMORRAGIA**

**1º Intrahepáticas**

con Insuficiencia hepática (I. H.)  
sin I.H.  $\left\{ \begin{array}{l} \text{de lóbulo derecho} \\ \text{de lóbulo izquierdo} \\ \text{de ambos} \end{array} \right.$   
difusa, apoplejía

**De causa vascular**

arterial  $\left\{ \begin{array}{l} \text{aneurismas} \\ \text{trombosis extensiva por sección} \\ \text{de ramas arteriales} \end{array} \right.$

venosa  $\left\{ \begin{array}{l} \text{trombosis portales} \\ \text{várices} \\ \text{periflebitis de la porta} \end{array} \right.$

hemangioma

**De causa traumática**

accidental 1º se precisa que haya contusión central de hígado;  
Sandblom (hemobilia) (3)  
quirúrgica 2º alcance a la fisura portal;  
3º infección (Larghero) (4)  
4º acción de la bilis impidiendo la coagulación.

**De causa tumoral**

Tumores Rudstom (5)  
malignos primitivos: 1 caso  
secundarios: 1 caso, metástasis de melanoma.  
benignos

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

De causa canalicular biliar	por infección	1º periangiocolitis, con toma
	angiocolitis	de la vena, ulceración y comunicación de vía biliar con árbol portal.
	↑ ↓ por litiasis	2º por ulceración, por cálculo sumado a la infección.

Los casos relatados son de hemorragias portales.

**2º Hepatocolédoco supraduodenal.**

Tienen la posibilidad a veces, de ser dominables por la coledocostomía realizada.

Ulceración	por el drenaje	tubo de Kehr
	por cálculo	sonda de Nelaton transística
Tumores de colédoco	benignos	adenomas papilares raros
	malignos	raros

**3º Colédoco terminal.**

Causa canalicular	cálculo, ulceración (perforación en general de una arteria, caso de Finsterer, arterio pancreático duodenal).
	traumática operatoria: papilotomía hemorragia del corte maniobras de dilatación
Causa pancreática - hemorragia pancreática	
inflamatorias	granulomas
tumorales	denoma de la ampolla cáncer de la ampolla

**Relato de casos.**

Vamos a comentar primero la historia de la enferma que motivó la presentación, de la que por desgracia no se pudo obtener la autopsia.

Historia 013.549, enferma de 75 años, que ingresó el 19 - 5 - 55 por dolores en epigastrio y H.D., datando de 15 días, escalofríos, ictericia, orinas colúricas y decoloración de materias fecales. Operada de Q.H. de hígado y luego colecistectomizada y extirpado otro quiste hace 8 años. Tiene en sus antecedentes un dato muy importante: hace 2 años, al caerse se dio un fuerte golpe en epigastrio, que le produjo un gran hematoma y dolor que calmó a los pocos días, que volvió a sentir a los 15 días, acompañado de un vómito de sangre roja.

**Examen.** — Estado general bueno. Apirética, ictericia, abdomen no se puede palpar bien el hígado por las cicatrices. El 2 - 6 - 55, hizo un

cólico hepático con motivo de un tubaje duodenal. La biligrafina 27 - 5 - 55 muestra gran dilatación de la vía biliar principal e imágenes sospechosas de cálculos en coledoco terminal.

Ha continuado con cólicos hepáticos, en sala y tuvo una evolución febril.

Las pruebas de funcionalidad hepática muestran una bilirrubina directa de 0.47, indirecta de 0.23, total de 0.7. El resto de las pruebas



son normales. Tiempo de protrombina 15'', de coagulación 7' y de sangría 2'. Urea 0.70. Hemograma normal.

En los antecedentes de la enferma existe un episodio, que de acuerdo con las afirmaciones de Kerr, hace pensar en una hemobilia y tenemos que preguntarnos que valor tiene este antecedente.

**Operación.** — 15 - 6 - 55. Prof. del Campo, Dr. Valls, Dr. Latourrette, Pte. Deambrosis.

Incisión resecao antiguas cicatrices, transrectal, supraumbilical. Hígado aumentado de tamaño, congestivo, con muchas adherencias epiploicas. Al liberarlas se produce un desgarro en superficie de cara inferior de hígado. Decolamiento del duodeno, del peritoneo posterior y de la cara anterior del colédoco. Colédoco de 9 mms. paredes espesas; tiene un cálculo en su interior. Coledocotomía, con hemostasis de 2 vasitos que

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DEL URUGUAY

sangran. Extracción de un cálculo fragmentado y barro biliar. Tubo de Kehr. Cierre de la coledocostomía con puntos de algodón. Colangiografía colédoco dilatado, no hay imágenes de cálculos, no hubo pasaje al duodeno. Dren cigarrillo. Cierre por planos.

No se encuentra en el protocolo operatorio un motivo de hemorragia porque el desgarro fue superficial; se precisan contusiones profundas, con formación de un foco que se comunice secundariamente con el sistema venoso portal para que se produzca una hemobilia.

La biopsia hepática dice que parece haber manifestaciones iniciales de un proceso de cirrosis biliar. En el post-operatorio inmediato tuvo un vómito bilioso (pasaje de bilis al duodeno), hizo la enferma manifestaciones de insuficiencia hepatocítica: el 4º día tuvo un estado delirante y el tubo de drenaje dió 200 cms. de bilis oscura. Presión arterial: 10 ½ - 5. Pulso: 76.

El día 29 - 6 se comprobó una dehiscencia parietal haciéndose la sutura de ésta. Los exámenes de laboratorio mostraron una repercusión funcional hepática progresivamente mayor que se puso de manifiesto en el descenso marcado del colesterol que llegó a 1 gramo el 22 - 6 y por el test de Hanger que ese mismo día se hizo positivo y en la anemia que se hizo más intensa.

El día 11 - 7 - 55 (26 días de post-operatorio) al moverse tiene fuerte dolor tipo puntada en hipocondrio derecho, enseguida comienza a mojar la curación con sangre roja abundante (500 c.c.). Pierde el conocimiento, queda sin pulso ni presión. Se taponan la herida, se le da coramina, cortigen, vitamina K y C. Transfusión de sangre. Evacúa entonces el intestino con materias verdes negruzcas y sangre roja. La presión subió a 12,7 y el pulso quedó en 80. Se explora la herida sin encontrar un vaso que sangre. Se saca el tubo de Kehr pensando en ulceración de decúbito (del Campo).

El 18 - 7 hace hemorragia por la herida y melenas precedidas de dolor intenso en H.D. y seguidas de un cuadro de anemia agudo, por la mañana y por la tarde. Se le hace transfusión de 500 c.c. y por la noche otros 500 c.c. Se decide operar.

**Operación:** con presión 0 y transfusión. Anestesia general. Prof. del Campo, Dr. Arruti, Dr. Pino, Pte. Nievas.

Se reabre la herida, hígado debajo de la piel, lecho vesicular cubierto por epiplón. Se individualiza píloro y descubre pedículo hepático. Por el orificio de coledocostomía sale un coágulo y sangre roja y después bilis en abundancia. Coagula la sangre en forma inmediata. Sonda de Nelaton en colédoco. Mechas alrededor. No se encontró lesión en gastroduodeno. De la mesa de operaciones salió con presión 10.

Al día siguiente hematemesis 280 c.c. y melenas. El día 15 la enferma está pálida, lúcida, sin dolores, pulso 120, presión 13 - 7. A la hora 15 fallece bruscamente.

Se trata pues de una enferma operada de litiasis de colédoco, que

tenía una colangio hepatitis a la que se le hizo un drenaje con tubo de Kehr, que hace después de un intervalo de 26 días una serie de hemorragias masivas del colédoco, que en ese momento no fueron debidas a una insuficiencia hepatocítica grande (por la bilirragia), ni a un trastorno de la crasia sanguínea.

**Casos de la literatura.**

Caso de los Records of the Massachussetts General Hospital: caso 33042(6).

Se trata de un textil griego de 66 años, que había sido operado de colecistitis litiásica, colecistectomía 14 meses antes, que hacía episodios dolorosos de epigastrio e ictericia.

En la operación había una estenosis traumática del colédoco, lo que obligó a una hepático - yeyunostomía con tubo de drenaje.

En el post - operatorio el enfermo pasó bien 2 semanas y después comenzó una serie de hemorragias masivas a través del tubo de drenaje y en el intestino. Se le hicieron transfusiones. 2 días después de uno de esos episodios, hizo una hemorragia final y murió.

En la autopsia se encontró que un amplio segmento del conducto común estaba ausente. Sólo quedaban 2 ó 3 cms. cerca del duodeno, con un cálculo de 2 cms. en la ampolla. Por fortuna del punto en que el conducto fue seccionado, se encontraron más cálculos en las ramas del conducto hepático a través del lóbulo izquierdo del hígado. Los conductos biliares intrahepáticos estaban marcadamente dilatados en los 2 lóbulos. Había una cirrosis biliar extremadamente severa, de las más marcadas que vió Mallory. Había una colangitis muy marcada, que se extendía hasta las radículas del sistema biliar. Había un proceso inflamatorio que se extendía desde los conductos biliares infectados, que había erodado una rama de la vena porta dentro del hígado y producido una hemorragia fatal. La erosión no pudo ser producida por el tubo.

Casos de Rabinovitch, Jacob y Phineas (7).

**Caso 1.** — Mujer de 41 años, con historia de cólicos hepáticos datando de varios años; el último fue 3 días antes del ingreso, intenso, acompañado de ictericia.

**Examen:** estado general bueno, ictericia marcada. P.A. 13-7½. Abdomen blando libre de defensa y dolor. Resto s/p. —

**Exámenes:** orinas colúricas. G.R. 4.200.000; H. b. 90 %; Colecistografía negativa, cálculos en su zona.

**Operación.** — Incisión transrectal derecha supraumbical. Vesícula de paredes gruesas, con cálculos. Hepatocolédoco no muy dilatado. La exploración mostró cálculos pequeños en colédoco distal que fueron extraídos. Se pasó un cateter blando hasta el duodeno y se irrigó con suero fisiológico. Tubo de Kehr de goma blanda con ramas cortas a través de la coledotomía. Cierre.

Pasó bien después de la operación. Una colangiografía en el 8º día

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

mostró 2 sombras en colédoco distal, sugestivas de cálculos. El 10º día tiene bruscamente una hemorragia profusa a través del tubo y cuadro de anemia aguda. Se le hizo 500 c.c. de sangre, mejorando. Fue atribuido a erosión de un vaso por el tubo que se extrajo. No volvió a sangrar.

**Caso 2.** Hombre blanco, 46 años. Ingresa con cólico hepático. Comienza hace 2 semanas con cólico hepático, náuseas, vómitos e ictericia. Ha tenido episodios similares cada 3 ó 4 meses desde hace 6 años.

**Examen:** buen estado general, ictericia. Abdomen blando, libre de dolor y defensa, P.A. 14-8. Resto s/p.

Exámenes orina coluria. Demás exámenes s/p., salvo los datos que mostraban una obstrucción biliar.

**Operación.** — 2 días después de internado. Incisión transrectal derecha supraumbical. Vesícula con cálculos. Hepatocolédoco. Abierto aparecen varios cálculos pequeños y restos aglutinados que son removidos. Se atestiguó la permeabilidad del conducto con suero fisiológico. Tubo de Kehr. Cierre por planos.

El enfermo se recuperó, pero persistió la ictericia aunque menos marcada. Se le dejó el tubo en T y volvió a su casa con él.

El día 23 de su operación tuvo bruscamente mareos, y dolor intenso en el abdomen. Se despinza el tubo saliendo en cantidad sangre roja. El paciente hizo un cuadro de anemia aguda. Al ingresar una corriente continua de sangre salía por el tubo. Se le hizo transfusión y se sacó el tubo. Mejoró, pero no lo suficiente como para pensar que cesó la hemorragia, y se operó. Al abrir el abdomen encontraron varios cientos de c.c. de sangre en el peritoneo. Se abrió el colédoco sin encontrar una zona de hemorragia activa, pero se encontró una erosión superficial en la mucosa del conducto, que puede haber sido la causa de la hemorragia. Se encontró una vena gruesa delante del conducto que se ligó con precaución. Después pasó bien y no sangró.

Caso de Schroth, R. (8).

Enfermo sin antecedentes hasta el año 1951, que empieza con cólicos hepáticos. No hay ictericia. Último cólico hace 4 días, con vómitos. Examen en el ingreso. Paciente de 51 años con disminución de su estado general de su presión. No hay ictericia. Pequeño nódulo bocioso. Abdomen defensa en hipocondrio derecho con dolor. Temperatura 38-2. Pulso 96.

Exámenes: orina, sangre, pruebas de funcionabilidad hepática s/p. Velocidad de sedimentación 61-97.

**Operación:** 28-2-54. - Narcosis mixta.

Incisión transrectal derecha. Vesícula muy tumefacta con cálculos. Aislamiento conducto cístico y arteria cística que son ligados y cortados. Desprendimiento sub seroso de la vesícula. Al desprenderla del lecho hepático vemos una vía biliar abierta en la vecindad del cuello con doble ramificación; esta es reunida con el muñón del cístico por una sutura

término terminal. Colocación del tubo de Kehr, hundimiento, sutura, del lecho hepático, cierre de la pared por planos.

Post - operatorio s/p. hasta el 7º día en que se saca el tubo en T. No hay ictericia. Alta al 18º día. 3 días después bruscamente dolores en H. D. con palidez de piel y mucosa e ictericia de mediana intensidad. Hemoglobina 50 %. En la noche del examen vomita un poco de sangre roja oscura. Al día siguiente repetidos vómitos sanguíneos y melenas. Hace un cuadro de anemia aguda; se le hace transfusión de sangre. El enfermo no se recupera. Se hace nueva transfusión sanguínea y fallece.

**Autopsia.** No dio ninguna causa hemorragia en el aparato digestivo. El conducto colédoco y las gruesas vías biliares estaba completamente lleno con sangre rojo brillante. Campo operatorio intacto. La investigación histológica de la vía biliar muestra una colangitis. (Se trata de una autopsia incompleta donde no se pudo poner de manifiesto la causa). Podría preguntarse si el origen de la hemorragia no está en la producción de una trombosis arterial extensiva a punto de partida de la zona operatoria, como podría plantearse también en nuestra enferma.

Casos comentados en el artículo de Kerr y colaboradores.

Una hemobilia traumática secundaria a una operación de vías biliares donde el hígado sangró mucho y el cirujano se vio obligado a poner puntos profundos. Seguramente es un caso de contusión hepática en el acto operatorio.

Los casos de hemorragias traumáticas son los más citados (Larghero, Kerr).

Leger y Afanassief relatan tres casos de hemorragia por las vías biliares, por el dren coledociano, con angiocolitis, con tiempo de protrombina alto que mejoraron con trombasa; con fiebre y dolores. Un caso murió; otro sucedió la administración de estrepto kinasa en un proceso pleural, que mejoró con el tratamiento. Relata casos de drenajes transpapilares y dan importancia a la angiocolitis, lo mismo que maniobras sobre el colédoco terminal (9).

Campbell (10) relata el caso de un hombre de 63 años, operado de úlcera sangrante del duodeno que se abrió, y donde se cateterizó el colédoco por el peligro de herirlo, dejando un tubo en T. En el post - operatorio, 3 semanas después, hace una hemorragia importante. Se opera, se hace una duodenotomía y se comprueba que sangra por la ampolla de Vater. Se ve una arteria pulsátil, que al comprimirla deja de sangrar y se liga. Varios días después muere de hemorragia. En la autopsia se comprueba



una ulceración que comunica el colédoco con un arteria pancreático duodenal.

Casos obtenidos por encuestas a médicos y cirujanos de nuestro medio.

**Caso del Dr. Víctor Armand Ugón:**

Enferma de 34 años; estando internada por un estado depresivo hace dolores de poca intensidad en H. D., pequeño empuje febril, 38°, con escalofríos. A partir de ese momento aparece ictericia con coluria, hipocolia y prurito.

Antecedentes personales: dispepsia de tipo hepato biliar.

Examen: ictericia de poca intensidad, lesiones de rascado.

Abdomen: hígado 1 dedo debajo del reborde. Bazo no se palpa. P. A. 12-7 pulso 80. Resto s/p.

Evolución: la ictericia aumenta en forma moderada aunque por días se mantiene estacionaria. Estudio funcional muestra signos de obstrucción canaliculax evidente (colesterol total 5 gr. 50 % con 3 gr. 70 % de colesterol libre; fosfatasa alcalina 40 u.; bilirrubina indirecta es baja, siendo alta la total).

No hay verdadera insuficiencia hepática. 2 sondeos duodenales (con control radiológico) no muestran bilis; luego se obtiene bilis y en algunos una débil respuesta vesicular.

Dado que la ictericia se mantiene y que aparece dolor y fiebre se decide operarla.

**Operación:** Anestesia general Dr. Armand Ugón.

Incisión subcostal derecha. Vesícula tensa y con cálculos. Exploración manual de colédoco s/p. Por la colangiografía queda alguna duda en su porción terminal por lo que se hace duodenotomía. La exploración manual e instrumental muestra colédoco libre, pasando bien el Beniqué. Se deja tubo de Kehr en el colédoco cuyas paredes son sanas. Colecistectomía, apendicectomía, drenaje de la logia subhepática.

En la tarde, hace una gran hemorragia que mojó la curación con cuadro de anemia aguda grave. Mejora con transfusión. Durante varios días no orina espontáneamente (se atribuye a un hematoma del Douglas). Sale por el tubo de Kehr entre 200 y 300 c.c. de bilis. El 12 de agosto se retira drenaje subhepático y se hace colangiografía que muestra colédoco normal; pero al finalizar sale Nosylan que se vuelca en la atmósfera peri-coledociana. Al otro día se reconoce una hemorragia biliar intermitente, de escasa entidad y se acentúa la ictericia. El 22 de agosto sale por la contra abertura que mantiene su drenaje líquido que empaapa la curación. El 24, se repite la colangiografía que muestra el paso al duodeno dando la impresión de que se movilizó fuera del colédoco la rama superior del tubo de Kehr pasando Nosylan al medio pericoledociano El estudio de gastroduodeno puso en evidencia una fístula duodenal que fue tratada por aspiración continua, rehidratación y gastroente-

rostomía retirándose la sonda de Kehr. Alta en buenas condiciones el 7-10-55.

Enfermo del Dr. Etchegorry y del Prof. Varela Fuentes.

Hombre de 71 años que sufre desde 1942, molestias hepato biliares. en ese entonces no se veía la vesícula y se visualizaba un cálculo espon-táneamente. Desde 1949, C. H. intensos, fiebre, sin ictericia. Biligrafina se ve apenas colédoco de calibre normal; no se ve vesícula.

Sondeo duodenal M. L. negativo, signos de infección biliar.

Adelgazamiento grande: 14 kilos en 6 años.

Exámenes: tiempo de coagulación sanguínea normal. Pruebas de funcionalidad hepáticas normales. Tiempo de protrombina 12". Hemo-grama G. R. 4.300.000. H. b. 79. L. 4.500.

Pequeña hipertensión arterial 17-9. Arterio esclerosis de grandes vasos. Corazón s/p.

**Operación.** — Anestesia general gases. Vesícula de fondo muy ad-herido a epiplón, colon y duodeno. Gran pericolecistitis. La vesícula tiene cálculos, no hay bilis; tiene 2 tumoraciones de la mucosa (histología in-flamatoria). Colédoco y páncreas s/p.

Colecistectomía; sección accidental de la vía biliar; sutura sobre tubo de Kehr colocado en hepático derecho.

**Post - operatorio:** bien hasta los 12 días en que se hace hemorragia masiva por la herida, que duró 6 horas muriendo el enfermo. Se trató con transfusiones.

2 días antes se hizo una colangiografía, una pata del tubo al parecer estaba fuera de la vía biliar.

Recogimos además por amabilidad del Dr. Arcos Pérez el caso de una enferma del Servicio del Prof. Stajano, de 55 años operada por un síndrome coledociano en 1949, con ictericia, signos de insuficiencia hepática; a la que se le hizo extracción de cálculos del colédoco y colo-cación de tubo de Kehr. Que hizo en el post - operatorio una bilirragia por el tubo, importante, y posteriormente una serie de hemorragias ma-sivas, que llevaron a la enferma a la muerte. En la autopsia se encontró al abrir el colédoco, una ulceración en la pared posterior, de donde venía sangre, cercana a la extremidad inferior del tubo de Kehr y además un cálculo residual a ese nivel (foto).

Del servicio del Prof. Chifflet, el Dr. Praderi me hizo la referencia de una señora de edad avanzada, operada por una ictericia obstructiva, en la que se hizo una colecistostomía y se comprobó una litiasis coledo-ciana. En el post - operatorio hizo signos de insuficiencia hepática (al 3er. día colapso hipertermia y una serie de hemorragias por el tubo que terminó con la vida de la enferma).

El Dr. Walterkirchen me relató el caso de una enferma operada hace muchos años en el Servicio de Finsterer en Viena, de litiasis de co-lédoco, que hizo una serie de hemorragias masivas que la llevaron a la muerte. En la autopsia se comprobó un cálculo enclavado en la ampolla de Vater que había ulcerado a ésta y a un vaso arterial.

Todas las hemorragias de la vía biliar principal están caracterizadas por el intervalo entre el acto operatorio y la hemorragia, por la repetición de las hemorragias, hemorragias formidables que han llevado en la mayoría de los casos a la muerte.

### COMO SE PRODUCE LA HEMORRAGIA

Depende del mecanismo causal: a) acción erosiva (cálculo, tubo drenaje).

b) infección; periangiocolitis con periflebitis portal.

c) trombosis portal; arterial, de ramas de la hepática a punto de partida de una sección (importa destacar si se han seccionado ramas arteriales, donde la trombosis, a punto de partida de la ligadura, puede alcanzar al tronco principal y obstruirlo, provocando zonas de infarto de hígado).

d) acción traumática, por destrucción de parénquima hepático en un sector; autólisis progresiva por liberación de fermentos, agregada a la infección (microbismo latente del hígado) más la acción de la bilis que inhibe la coagulación sanguínea y fisuración de vasos. Es el mantenimiento del foco y agrandamiento por estos factores con toma de nuevos vasos y la lisis de trombos que explica hemorragias sucesivas.

### FISIOPATOLOGIA

Consecuencias de la hemorragia sobre el hígado.

La inyección de sangre por la vía biliar en el perro, provoca fenómenos congestivos, alterativos de la célula hepática y desordenamiento del trabeculado (Nario, 11).

Pero a su vez, la hemorragia supone la puesta en juego de los mecanismos de la hemostasis, lo que trae como consecuencia en la circulación arterial hepática una vasoconstricción, que se traduce por anoxia hepática, con lesiones sobre todo centrolobulillares y liberación de V.D.M., con signos más precoces que en otros lados, de insuficiencia circulatoria periférica, como sostiene Wagensteen, que dice que no es indiferente al vaso que sangra para el pronóstico.

**Consecuencias sobre la vía biliar.** — Si está drenada, se traduce por una bilirragia, si el hígado es suficiente. Si no está drenada, como hay un obstáculo a la evacuación, puede apa-

recer una ictericia. En todos los casos, la distensión de las vías biliares, trae como consecuencia la aparición de dolor, que desaparece al encontrar la sangre salida hacia el exterior, ya sea hacia el duodeno o por el tubo de coledocostomía. Así se explica que el dolor precediera a la hemorragia en nuestra enferma.

Además la presencia de sangre y la retención en la vía biliar exacerba la infección de ésta.

**Diagnóstico.** — El diagnóstico es fácil de realizar en el enfermo operado, en el que la hemorragia aparece como complicación y se hace evidente por el tubo de coledocostomía y por el intestino.

Creemos que con un interés terapéutico se debe de hacer diagnóstico de altura de la lesión y de causa, con la esperanza de un tratamiento más activo en el futuro, a lo que puede contribuir la colangiografía y la portografía.

**Pronóstico.** — Es muy grave, porque las hemorragias se repiten y salvo casos contados, hasta el momento actual no se pudo tratar el foco hemorrágico.

**Tratamiento.** — a) Causal.

- 1º Suprimir el foco hemorrágico (ideal no logrado la mayoría de las veces).
- 2º Tratar la infección.
- 3º Si la hay, tratar una discrasia.

b) Consecuencias

- 1• Reponer la sangre perdida
- 2º Tratar las insuficiencias (hepática, viscerales).
- 3º Dejar la vía biliar libre.

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) HYLAND KERR, HARRY; MENSCH, MAURICE y GOULD, ERNEST. "Hemorragias del sistema biliar: un origen de la hemorragia, masiva gastrointestinal". Anales de Cirugia, Vol. 9, N° 5, mayo 1950, págs. 849 - 858.
- 2) LICHTMAN, S. S. — "Gastro - Intestinal Bleeding in Diseases of the Liver and Biliary Tract.", Am. J. Digest. Dis., 3:439, 1936.
- 3) SANDBLOM, P. — "Hemorrhage into biliary tract following trauma "Traumatic hemobilia", Surgery, 24:571 - 586; 1948.
- 4) LARGHERO, PEDRO. "Hemobilia Traumática. Consideraciones

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

- sobre la autólisis hepática, aséptica y bacteriana”, Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo, vol. 39, N° 2, 1954, págs. 187-198.
- 5) RUDSTOM, PAUL. — “Hemobilis in malignant tumours of Liver”, Acta Chir. Scand, 1951, 101:243 - 246.
  - 6) Case Records of the Massachusetts. General Hospital caso 33042. New England, J. Med., 236:148, 151. Enero 23, 1947.
  - 7) RABINOVITCH, JACOB and RABINOVITCH, PHINEAS. — “Masive Bleeding From Common Bile Duct by indwelling T. Tube”. A. M. A., Archives of Surgery, Vol. 69, N° 6, Pág. 849, December 1954.
  - 8) SCHROTH, R. — “Verblutung durch die Gallenwege in den Darm”, Zentralblatt für Chirurgie, 80:1168; 1955.
  - 9) LEGER, LUCIEN et AFANASSIEF, A. — “Les hémorragies par le drain choledocien (a propos de 3 observations personnelles)”, La Presse Medicale, 20 Aout., Vol. 163, N° 55, pág. 1123.
  - 10) CAMPBELL. — “Anals of Surgery”, Vol. 141, N° 1, pág. 125.
  - 11) NARIO, CLIVIO. — “Complicaciones y secuelas de la cirugía de las vías biliares. Capítulo 6: Hemorragia postoperatoria”, páginas 31 - 40. Relato de “Tercer Congreso Interamericano de Cirugía”. Tomo I. Montevideo, 1 - 6, octubre de 1946.

**Dr. Bermúdez.** — Tengo que pedir disculpas al comunicante por lo que voy a decir. porque no se si habré entendido mal, dada la rapidez con que se sucedieron las etapas de la historia, pero tengo entendido que la intención del comunicante es presentar un caso de hemorragia proveniente de la vía biliar, es así?

A través de la historia que escuché no he llegado a la conclusión de que esa hemorragia viniera de la vía biliar, porque el episodio hemorrágico grave que se describe al principio, no fue una hemorragia que se exteriorizase a través del tubo de Kher, desde que el tratamiento de urgencia realizado, fue el tratamiento de la herida.

**Dr. Valls.** — Se exteriorizó a través del tubo de Kher y en el acto operatorio se encontró sangre en el colédoco y coágulo.

**Dr. Bermúdez.** — Yo entendí en la historia que en la operación se encontró un coágulo en el orificio del colédoco. Creo haber oído además, un episodio de hematemesis roja. Eso hace suponer que esa hemorragia no ha pasado de la vía biliar hacia el duodeno y de él al estómago, sino que se ha producido en el propio estómago.

**Dr. Valls.** — Tuvo melenas, fue en el intestino.

**Dr. Bermúdez.** — Vómitos con sangre fue lo que oí. Por eso reitero lo que dije de la posibilidad de haber oído mal. Si es así no tengo más nada que hablar.

**Dr. Valls.** — Y se comprobó que sangraba en el acto operatorio, sangraba el colédoco y el Profesor del Campo lo vio.

**Dr. Bermúdez.** — Desde luego, empecé por pedir disculpas, pero las cosas las oí de esa manera; será por la rapidez con que se relató la historia.

**Dr. Walterskirchen.** — No tiene importancia, pero es para decir que el caso mencionado no sucedió en el servicio del Prof. Finsterer sino en el hospital del Prof. Mandl, en Viena. Por encontrar un cálculo enclavado en el colédoco intrapancreático y no poder extraerlo por su magnitud sin originar mayor lesión, se había efectuado una coledocoduodenostomía. El enfermo falleció de una hemorragia y la autopsia descubrió que se trató de una hemorragia originada por la erosión de una arteria por el cálculo enclavado.

**Dr. Etehegorry.** — Sólo deseo Sr. Presidente, aportar algunos detalles más a los expuestos por el Dr. Valls al citar la observación que me pertenece.

Lamento no poder presentar la colangiografía sacada 12 horas antes del accidente cataclísmico que provocó la muerte del enfermo; el film se ha traspapelado y era interesante por más de un concepto, pues a la imagen neta del tubo de Kehr que ha citado Valls, se unían otras cuya interpretación no era sencilla.

Agrego además que no se cual fue la razón de esa hemorragia fulminante. Una media hora antes de que quienes cuidaban al paciente pudieran darse cuenta del accidente, se le había tomado la presión y ésta oscilaba dentro de sus cifras habituales (17 - 18). El paciente que había estado hablando hasta minutos antes de esa sangría involuntaria, sin manifestar ningún síntoma alarmante; todo se produjo en escasos instantes. La presión no se levantó en ningún momento en forma tal, que permitiera una reintervención con probabilidades de éxito. Por lo tanto, pues, este cuadro clínico podría ser cualquiera de las varias patogenias que ha citado el Dr. Valls.

Durante la operación se comprobaron varias anomalías, siendo la principal el trayecto de la arteria hepática, que en determinado momento se pensó pudiera ser la cística; pasaba por encima del colédoco antes de penetrar en el hilio. Además, la vesícula (?) extirpada estaba también colocada en posición anormal y formaba cuerpo con el colédoco, que fue seccionado a pesar de todas las precauciones tomadas. Imposible describir con palabras; la posición de esa dilatación que creo fuera la vesícula (se practicó examen anatómico patológico y el epitelio no mostró anomalías); el hecho se complicó aún más, por la presencia de un tumor en el fondo de aquella, tumor de una dureza tal que creí era un cálculo. Este existía, pero el espesamiento de la pared del continente impedía su palpación. La tumoración mostró ser de naturaleza inflamatoria (Doctor Cassinelli). Por lo tanto, dentro de las interpretaciones posibles, cabe la que fuera la hepática ulcerada por el contacto del tubo, la que hubiera producido la hemorragia.

Imposible practicar necropsia. Era todo lo que deseaba decir.

## BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY

**Dr. Valls.** — Este tema lo había preparado para presentar en diciembre y desde esa fecha han aparecido una serie de artículos americanos, franceses y alemanes (que el Prof. del Campo, tuvo la amabilidad de traducirme), que hice figurar en la bibliografía y que ponen de manifiesto la importancia creciente de las hemorragias. Tengo que agradecer en primer lugar a los cirujanos que me han permitido utilizar sus enfermos: Prof. del Campo, Dr. Víctor Armand Hugón, Dr. Etchegorry y Prof. Chifflet, del cual tenía una historia que no leí porque era similar a las otras. Al Prof. Stajano y a los demás colegas que han comentado este trabajo.

Bueno, quedo muy agradecido por haberme escuchado.