

Hemobilia traumática en una niña de siete años *

Dr. WALTER TAIBO CANALE

Nos lleva a presentar este caso, la rareza de su aparición en la Clínica Quirúrgica Infantil y aun en la Clínica Quirúrgica General, así como la complejidad de su tratamiento, como se deduce del hecho que presenta una mortalidad global del 50% en los casos publicados, con una gran multiplicidad de procedimientos terapéuticos.

El término de hemobilia traumática fue usado por Sandblom por primera vez en 1948 para designar la hemorragia secundaria a un traumatismo hepático, que se exterioriza por la vía biliar, al duodeno.

El primer caso descrito, con autopsia, es de 1848, de Owen, con muerte al undécimo día, comenzando las hemorragias al tercero posterior al accidente.

Sparkman cita trece casos, de los cuales seis fallecieron y siete sobrevivieron. De los seis fallecidos, cuatro no fueron operados, uno murió a los cuatro meses y otro a los tres años, siendo estos últimos tratados con taponamientos de la cavidad intrahepática. De los seis operados y salvados, a cuatro se les derivó la vía biliar y a dos se les efectuó coledostectomía. El autor, por su parte, presenta un caso tratado por drenaje y taponamiento de la cavidad, con éxito.

Estos siete casos sobrevivieron luego de múltiples incidencias y reoperaciones. Es común leer en los casos publicados, enfermos a los que se les ha realizado varias intervenciones, en algunos seis o siete.

Nathan Sfactor publicó un caso que necesitó de un procedimiento extremo como fue la ligadura de la arteria hepática derecha en una tercera reoperación, luego de haberle efectuado taponamiento de la cavidad y drenaje de la vía biliar. Este enfermo curó, siendo dado de alta luego de cinco meses de internación.

P. Larghero, Astiazarán y Gorlero Armas, presentaron en 1954 un trabajo de gran importancia sobre el tema, a propósito de un caso tratado con drenaje coledociano y vesicular.

Nosotros traemos hoy a consideración una niña de siete años que presentó una hemobilia traumática y curó con drenaje vesicular, luego de múltiples incidencias.

OBSERVACION CLINICA

N. N. Ingresó al Servicio del Urgencia del Hospital Pereira Rossell el 26-VIII-963, con graves lesiones producidas por un accidente en la vía pública embestida por un auto.

Al ingreso se encontraba en estado de coma profundo. Vista por el neurocirujano Dr. García Guelfi, se diagnosticó contusión encefálica.

Pocas horas después de su ingreso, se instaló lentamente un cuadro clínico caracterizado por un síndrome de hemorragia interna. Pulso chico, de 130 p.m. Presión arterial: máx., 6; mín., 4. Abdomen doloroso difusamente. Hemograma, 2.500.000.

Primera operación (27-VIII-963): Se decidió efectuar laparotomía supraumbilical mediana. Se comprobó (Dr. W. Taibo, Pte. Kovel, Pte. Mandresi) la ruptura del bazo y un estallido de hígado, esto de poca importancia. Esplenectomía. Sutura del hígado. La evolución fue accidentada, la niña seguía en coma, y ocho días después se evisceró.

Segunda operación (4-IX-963): Se opera para cerrar la evisceración (Dr. W. Taibo, Pte. Filgueira). El estado general continúa muy grave, alimentándose por sonda gástrica, con escaras glúteas de decúbito e hipoproteínea. Persiste el coma encefálico. En estas condiciones se produce una falla de la cicatrización parietal con un ansa cólica adherida a pared anterior y fistulizada. Se decide, dado el estado grave de la paciente, efectuar tratamiento con curación de tulgras, antibióticos, pomada de aluminio y vendaje. Esto sucedió el 10-IX-963.

En forma sorprendente la niña lentamente se fue recuperando, se produjo la recuperación paulatina de su conciencia, sin déficits motores. Localmente la evolución fue buena, la herida iba cicatrizando, la piel estaba en buenas condiciones.

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica Infantil. Director: Prof. Dr. Ricardo Yannicelli.

Primera hemorragia: El 28-IX-963, treinta días después del accidente, se produce una hematemesis importante precedida de dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, y pocas horas después, melena. Tratada con 500 c.c. de sangre se recupera el estado general.

Segunda hemorragia: El 15-X-963, se repite la hematemesis con las mismas características. Gastroduodeno en ese momento: normal. Tránsito esofágico: normal.

Funcional hepático: B. D., 0gr.20%. B. I., 0gr.40%. Hanger: positiva. Timol: 10 unidades. Colesterol: 1gr.26%. Proteínas: 6gr.%.

Los sucesivos hemogramas mostraban la anemia por hemorragia con leucocitosis de 10 a 12 mil y Hb. de 60 a 75%.

Estudio de crisis sanguínea (25-X-963): Tiempo de coagulación: 4'. Tiempo de sangría: 1'30". Retracción del coágulo: normal. Complejo protrombínico del plasma: protrombina, 14" 80%. Consumo de protrombina: normal.

Test de generación de la tromboplastina: 1) Plasma: normal. 2) Suero: normal. 3) Plaquetas: normal. Fibrinógeno: normal.

Conclusión: No se observa ninguna alteración de la crisis sanguínea en las diferentes partes del mecanismo hemostático. Este informe es firmado por la Br. Ruth Vilanova de Larghero.

Tercera hemorragia (25-X-963): En este momento, se produce una hemorragia cataclísmica que obligó a transfundir un litro de sangre.

Se decide operarla pensando en: 1) Úlcera de Steres. 2) Hipertensión portal, várices esofágicas. 3) Hemobilia traumática, por sugestión del Dr. Folco Rosa esta última.

Tercera operación (26-X-963) (Dr. W. Taibo, Dr. Lattaro, Pte. Rodríguez, anestesia Dr. Liondas): Se efectuó oblicua subcostal derecha (eviscerada y fistulizada la mediana). Se efectuó exploración de estómago con gastrotomía; hígado, vesícula y colon: sin particularidades. Se puncionó la vesícula y el colédoco y no vino sangre; bilis normal. Se cerró la fístula cólica y se dejó drenaje subhepático.

En este momento se desechó el diagnóstico de hemobilia porque operada pocas horas después de una gran hemorragia no se encontró sangre en vías biliares.

La enferma evolucionó bien del punto de vista general hasta el 3-XI-63 que repite una gran hemorragia.

Se le había efectuado, en el interin un gammagrama hepático que no mostró nada anómalo. (Pensamos que es la primera vez que se utiliza este método de diagnóstico para pesquisar una hemogilia.)

Cuarta operación: El 5-XI-63, se decide reoperarla, ya en una situación desesperada y con el convencimiento de que se trataba de una hemobilia y que la única chance de vida era drenar la vía biliar.

Esofagoscopia previa a la intervención (efectuado por el Dr. Barani): normal. (Doctor W. Taibo, Dr. Lattaro, Pte. Volonterio.) Nueva incisión subcostal. Luego de extensa

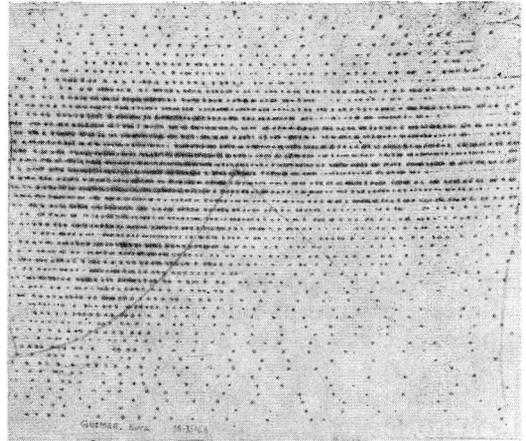


FIG. 1.—Gammagrama normal.

exploración, negativa; puncionando el hígado en varios puntos con resultado nulo, se decide efectuar colecistotomía con sonda de Petzer. Nuevamente, la intervención fue bien tolerada. El 5-XI-963, búsqueda de sangre en bilis, negativa.

Cuarta hemorragia: El día 10-XI-963 repite una hematemesis importante con grave estado general y cuadro de colapso. Se restituye la sangre perdida.

El 11-XI-963, un nuevo estudio de sangre en bilis es informado por el laboratorio como: "pigmentos biliares y glóbulos rojos en bilis". Era la confirmación del diagnóstico. A partir de entonces drenó sangre abundante por el tubo de colecistotomía.

Quinta hemorragia: El 26-XI-963 hace una pequeña hematemesis sin repercusión general.

El 31-XII-963, no habiendo repetido sus hemorragias y con un buen estado general, se le da el alta.

La evolución posterior hasta el día de hoy, ha sido satisfactoria. No se han repetido las hemorragias y se ha mantenido el drenaje de vesícula hasta el 2-VII-964. Una vez sacado ese drenaje —hace seis días— no hay salida de bilis por el orificio cutáneo.

Hemos detallado minuciosamente este caso, apasionante, porque es de gran rareza —quizás no lleguen a 20 los publicados actualmente— y porque queremos dar la sensación de que se pudo obtener un buen resultado gracias a una persistencia y enconada lucha contra la muerte por parte de todo un equipo médico que colaboró con nosotros y de un personal de enfermería que, con elogiosa dedicación, destinó muchas de sus horas a esta niña.

La radiología estuvo a cargo del Dr. Soto. El hepatograma fue realizado por el Servicio del Dr. Leborgne.

CONSIDERACIONES GENERALES

P. Larghero exige en su trabajo sobre hemobilia traumáticas cuatro elementos para certificar la afección. Ellos son: 1) Traumatismo abdominal. 2) Hematemesis y melena. 3) Comprobación de sangre en la vía biliar. 4) Necropsia que compruebe una cavidad.

En este caso se han dado las tres primeras condiciones. Es obvio que no se pueda requerir la cuarta.

El diagnóstico de hemobilia traumática está confirmado. El cuadro clínico, en resumen, es el de un paciente que sufre un traumatismo de abdomen y luego de varios días o semanas comienza con hematemesis y melena precedidas de un dolor tipo cólico hepático, a lo que se agrega en el 50% de los casos publicados una ictericia, que el nuestro no tiene.

No vamos a insistir más que brevemente en la patogenia de esta afección; se trata de la formación de una cavidad intrahepática por un traumatismo, cavidad ocupada por sangre, bilis y tejido hepático necrosado, con tendencia a progresar y no a disminuir en su tamaño, por un proceso de autólisis, favorecido por la infección. En esa cavidad se acumula sangre que al llegar a una determinada presión se drena por la vía biliar en forma súbita, dando el cuadro clínico descrito. El tratamiento por drenaje de la vía biliar, se admite que actúa disminuyendo la presión intracana-

licular, presuntamente aumentada por un espasmo reflejo del esfínter del Oddi. Esta patogenia es discutida.

El hecho queda en pie: se podrá discutir la patogenia, pero prácticamente el 90% de los casos salvados lo fueron con drenaje de la vía biliar.

En los casos publicados con fallecimiento del enfermo no se había drenado ésta.

La consecuencia es obvia.

RESUMEN

El autor presenta un caso de hemobilia traumática en una niña de siete años, curada por colecistostomía. El traumatismo original provocó un coma encefálico y una ruptura asociada del hígado y bazo. Con respecto a este caso se revisan 15 casos publicados.

BIBLIOGRAFIA

1. Larghero, P.; Astiazarán, M. y Gorlero Armas, A.: Hemobilia traumática. *Anales de la Facultad de Medicina*, tomo 39, Nº 2: 187-206, 1954.
2. Sparkman, Roberts: Hemobilia masiva a consecuencia de una ruptura traumática del hígado. *Anales de Cirugía*, 12: 2193-2205, diciembre 1953.
3. Nathan, Spector: Ligadura de arteria hepática derecha en la hemobilia. *Anales de Cirugía*, 228-233, febrero 1957.