

Pseudoquiste postraumático de hígado, trombosis portal, hemobilia * **

Dres. BOLIVAR DELGADO,*** RAUL PRADERI ****

y DANIEL CASSINELLI *****

La hemobilia postraumática es poco frecuente.

En nuestro medio han sido publicadas observaciones por Larghero (3) y Taibo (9).

La asociación de hemobilia a un pseudoquiste postraumático de hígado y a una trombosis portal es excepcional y plantea importantes problemas de diagnóstico y terapéutica, lo cual justifica la publicación de esta observación.

J. C. L., 30 años, sexo masculino. Hospital de Clínicas, Nº 257.370. 19-3-67: Atropellado por automóvil en la vía pública. Politraumatizado. Contusión de flanco izquierdo con fractura de apófisis transversa y costillas 11ª y 12ª. Hematuria. Anemia aguda. Se trasfunde masivamente y es enviado al Hospital de Clínicas.

Ingresa el 2-3-67. Buen estado general. Ictericia conjuntival. Fosa lumbar izquierda tensa y ocupada. Se ha detenido la hematuria. Urografía y arteriografía renal: normal. Bilirrubinas totales de 6,6 mg.; bilirrubina directa 3,6 mg.; fosfatasas alcalinas 6,5 V.B.

La ictericia retrocede rápidamente. Diagnóstico: contusión renal izquierda. Hemobilia? Alta el 28-3-67.

2-5-67: Reingresa. Desde hace 20 días diarreas y dolor en H.D. Prurito. Ictericia. Coluria. Acolia. Adelgazamiento de 5 kg. Apirético.

Al examen: mal estado general. Ictericia verdínica. Deshidratación. Hepatomegalia regular. Esplenomegalia (?).

F.H.: bilirrubinas totales de 19,60 mg. F.A.: 18 V.B. Floculación negativa; hematocrito 35 %; sondeo duodenal en blanco.

Operación (17-5-67). Existe una tumoración subhepática derecha de consistencia quística que deja transparentar su contenido biliar. Hacia abajo desplaza el mesocolon transversal; hacia la derecha contacta con la pared abdominal; hacia la izquierda llega al vestíbulo de la retrocavidad; hacia arriba se continúa dentro del hígado a nivel del hilio hepático (fig. 1).

Sangra abundantemente la liberación de adherencias. Hígado de aspecto y palpación normal. Bazo grande.

Punción de la cavidad y evacuación de 800 c.c. de bilis. Rx. contrastada por punción. Se logra el relleno de la bolsa. No se tiñe la vía biliar. Se abre la cavidad y se extrae gran cantidad de coágulos teñidos en bilis. El extremo superior de la bolsa se introduce dentro del hígado a nivel del hilio. El lóbulo de Spiegel se toca a través de su pared posterior. La arteria hepática late en la pared izquierda de la bolsa quística; no se topografía la porta. Hay una formación como un grueso cordón que se dispone de arriba a abajo por el centro de la cavidad y está totalmente aislado de otra estructura. Parece su eje geométrico. Se reconoce la vesícula aplastada en la pared posterior derecha de la bolsa.

Se punciona intentando realizar una colangiografía. Como no es posible se abre y se evacúa su contenido constituido por coágulos infiltrados en bilis. A continuación de esta evacuación comienza a sangrar con sangre roja que procede al parecer del cístico. Se pasa un explorador al colédoco y se reconoce entonces que éste es la formación que atravesaba la cavidad. Colangiografía transcística: V.B.P. no dilatada; pasaje al duodeno; el líquido refluye por la parte alta de la vía biliar hacia el interior de la bolsa (fig. 2).

Colecistectomía para hacer hemostasis de gruesas venas pericísticas que sangran profusamente. Coledocotomía: la vaina pericoledociana sangra abundantemente, pero además los cabos coledocianos sangran como si hubiésemos abierto un vaso y no el colédoco.

A esta altura de la intervención no nos queda ninguna duda de que estamos en presencia de una hemobilia importante y que además existe una hipertensión portal posiblemente por trombosis portal. Se intenta liberar la arteria hepática, lo cual es muy difícil por estar englobada en la pared izquierda de la bolsa y rodeada de una red venosa que sangra profusamente. Individualizado lo que creemos que es su rama derecha, se clampea. Tenemos la impresión que con esta maniobra ha disminuido la hemobilia. No hay manifiestos cambios de color del hígado, por lo cual se liga dicha rama. Hemostasis con puntos transfixiantes de la vaina pericoledociana. Tubo de Kehr en el colédoco. Biopsia de la pared de la bolsa. Drenaje de la misma con

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. A. Chifflet.

** Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 5 de junio de 1968.

*** Asistente de Clínica Quirúrgica. Francisco Vidal 785, Apto. 5, Montevideo.

**** Docente Adscripto de Cirugía.

***** Adjunto de Clínica Quirúrgica.

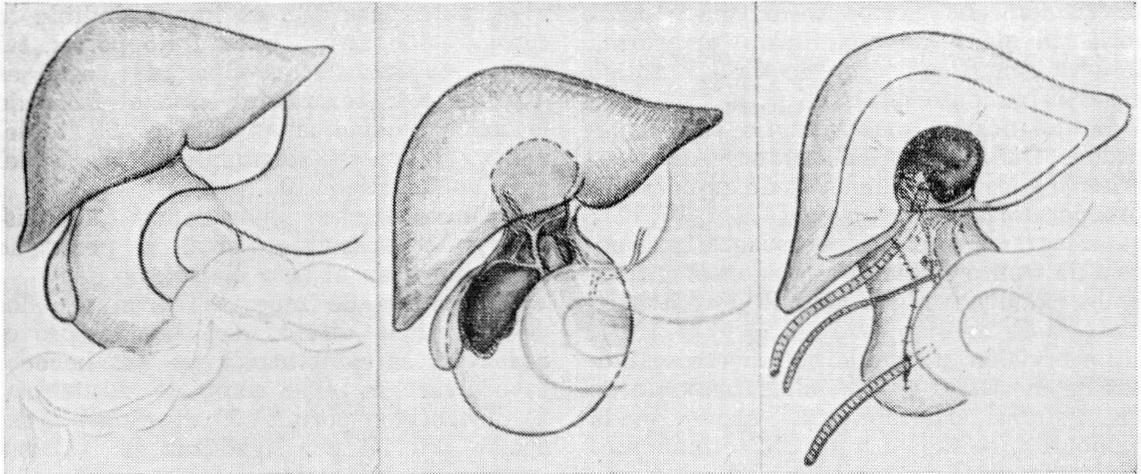


Fig. 1.— A la izquierda, el aspecto externo del pseudoquiste; en el centro, abierto el quiste se ven los elementos del pedículo incluidos en la cavidad; a la derecha, se aprecian los drenajes en la bolsa, la cavidad hepática y el colédoco.

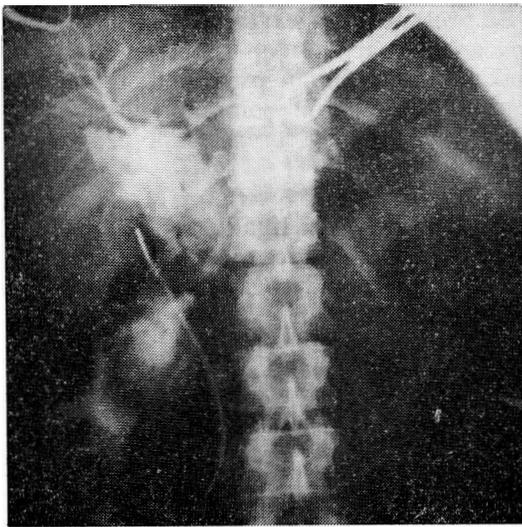


Fig. 2.— Colangiografía intraoperatoria. El contraste inyectado por el cístico refluye a la cavidad hepática.

gruesos tubos (fig. 1). Se transfundieron 3 lt. de sangre. El paciente termina la intervención en buenas condiciones.

Postoperatorio. No ha sangrado por los drenajes. Entra progresivamente en coma hepático y fallece a los 4 días. La A.P. mostró que la pared de la cavidad estaba constituida por tejido fibroso y delgada capa de tejido hepático.

Autopsia. Hígado de degeneración amarilla. La cavidad del pseudoquiste se continúa a través del hilio hepático con otra más pequeña en la cavidad en forma de reloj de arena en el cuello en el hilio. En el interior de esa cavidad se encuentra la bifurcación portal rodeada de coágulos y bilis. Trombosis portal no reciente. Compresión de la vía biliar intrahepática. Esplenomegalia congestiva.

CONSIDERACIONES

El pseudoquiste postraumático de hígado, secundario a una rotura central, es poco frecuente (1); su exteriorización del hígado es aun menos frecuente (8) y su disposición como en el caso relatado no la hemos encontrado descrita.

La compresión por el pseudoquiste llevó a dos consecuencias: 1) obstrucción del colédoco provocando la ictericia obstructiva e impidiendo la manifestación digestiva de la hemobilia; y 2) compresión y trombosis secundaria de la vena porta, de fundamental importancia en la evolución de este paciente. Compresión coledociana y trombosis portal, tal como la hemos observado en Q.H. del hígado a topografía pedicular (5).

La hemobilia postraumática se origina en una rotura central del hígado o en una herida del mismo suturada; se establece una fístula habitualmente arteriobiliar y la cavidad crece por autólisis y trombosis vasculares en un círculo patológico perfectamente descrito por Larghero (3) y donde juega un rol fundamental la bilis.

La hemobilia fue seguramente la causa del episodio icterico postraumático inmediato en nuestro caso, ictericia que hizo pensar a uno de nosotros en ese diagnóstico. Fue de poca entidad y retrocedió rápidamente, sin hemorragia digestiva evidente, lo cual dejó en suspenso el diagnóstico definitivo.

Ulteriormente la compresión por el contenido del pseudoquiste impidió su exte-

riorización. La decompresión intraoperatoria la puso de manifiesto en forma intensa con gran riesgo de vida y obligó a su tratamiento directo.

El diagnóstico preoperatorio fue sospechado. Pudo haber sido confirmado recurriendo a los procedimientos de exploración preoperatoria aconsejados (1, 2, 7, 11, 12): gammagrama hepático, arteriografía selectiva de tronco celiaco y esplenoportografía. Estos exámenes hubieran sido muy demostrativos en nuestro caso.

La revisión efectuada por diversos autores ha mostrado que en el tratamiento de las fistulas arteriobiliares, causa de la hemobilia, no tienen lugar los tratamientos indirectos (drenaje de la vía biliar) y que la curación lograda con estos procedimientos debe considerarse como espontánea y no vinculada al acto quirúrgico utilizado (11).

Whelan (11) en una revisión del tratamiento de la hemobilia traumática considera que se debe plantear: 1º) la resección (lobectomía), de elección, indicada cuando la cavidad asienta en un lóbulo, ha podido ser topografiada y el estado general lo permite; 2º) bajo hipotermia y clampeo del pedículo hepático, abordaje directo de la cavidad con evacuación del contenido, hemostasis y bilistasis directa y drenaje externo; indicado cuando la resección no es posible por la topografía centrohepática y no lobar (como en nuestra observación) de la cavidad; 3º) ligaduras arteriales de la rama derecha o izquierda de la arteria hepática, previa demostración por el clampeo o la arteriografía operatoria de la topografía de la fístula arteriobiliar; indicadas cuando los procedimientos 1º y 2º no caben por malas condiciones generales del paciente.

En nuestro caso sólo cabía el último procedimiento y se realizó luego que el clampeo de prueba de la rama derecha de la arteria hepática demostró una efectiva disminución de la hemorragia, lo cual fue confirmada por la cesación en el postoperatorio del sangrado por los drenajes colocados.

Las variaciones de distribución del sistema arterial del hígado, estudiadas por numerosos autores y actualizadas en un trabajo anterior (6), permiten decir que la ligadura de la arteria hepática o de sus ramas es perfectamente compatible con la

vida, pero para ello es imprescindible la conservación de un buen flujo portal, tal como lo demostró Popper (4); esto es explicable si recordamos que el flujo de la arteria hepática es sólo el 35 % del venoso y aporta solamente el 50 % del oxígeno hepático (10).

En nuestro caso ignorábamos que existiese una trombosis portal, a pesar de sospecharlo en el acto operatorio.

Las causas de muerte fueron lesiones degenerativas difusas del hígado provocadas por la combinación de tres hechos: 1) obstrucción biliar completa mantenida; 2) obstrucción portal; 3) disminución del aporte arterial por ligaduras de la rama derecha de la arteria hepática.

RESUMEN

Se presenta un caso de hemobilia traumática en un paciente en quien el desarrollo extrahepático de un pseudoquistes postraumático realizó una compresión de la vía biliar principal y de la porta provocando su trombosis.

Como terapéutica se efectuó el drenaje de la cavidad y la ligadura de la rama D. de la arteria hepática.

Se hacen consideraciones sobre el tratamiento a seguir en esta afección.

RÉSUMÉ

On présente un cas d'hémobilie traumatique, d'un malade chez qui le développement extra-hépatique d'un pseudo-kyste post traumatique produisit une compression de la voie biliaire principale et de la porte provoquant sa thrombose.

La thérapeutique employée a été le drainage de la cavité et la ligature de la branche droite de l'artère hépatique.

Des considérations sont faites sur le traitement à suivre dans de telles affections.

SUMMARY

The paper presents a case of traumatic hemobilia in a patient in whom the extrahepatic development of a post-traumatic pseudo cyst resulted in a compression of

the main hepatic bile duct and the portal vein causing its thrombosis.

Therapy involved drainage of the cavity and ligation of the right branch of the hepatic artery.

The treatment to be followed in cases such as this, is discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. ETCHEVERRIA, P. M. Heridas y contusiones de hígado. *16º Congreso Uruguayo Cir.*, 1: 7, 1965, Montevideo.
2. HERMANN, R. E. and HOERR, S. O. Aids in the Diagnosis of traumatic Hemobilia. *S. G. O.*, 125: 55, 1967.
3. LARGHERO IBARZ. Hemobilia traumática. Consideraciones sobre autólisis hepática aséptica y bacteriana. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 187, 1954.
4. POPPER, H., JEFFERSON, N. and MECHELES, H. Liver necrosis Following complete Interruption of Hepatic Artery and Partial Ligation of Portal Vein. *Am. J. Surg.*, 86: 309, 1953.
5. PRADERI, R., DELGADO, B., FERRAZ, J. y LARRE BORGES, U. Hipertensión portal y estenosis de vías biliares. *Día Méd. Urug.*, 34: 273, 1968.
6. PRADERI, R. *Problemas vasculares en la cirugía de la litiasis biliar*. Curso para Graduados. Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet, Montevideo, 1967. (Inédita.)
7. ROBIN, B. Pathologie de l'artere hepatique. *J. Chir.*, 93: 597, 1967.
8. SPECTOR, N. Ligation of the Right. Hepatic, Artery in hemobilia. *Ann. Surg.*, 145: 244, 1957.
9. TAIBO CANALE, W. Hemobilia traumática en una niña de 7 años. *Rev. Cir. Uruguay*, 35: 24, 1965.
10. TYGSTRUP, N., WINXLER, K., MELLENGAARD, K. and ANDREARSEN, M. Determination of Hepatic Arterial Flow and Oxygen supply in Man by Clamping the Hepatic Artery During Surgery. *J. Clin. Invest.*, 41: 447, 1962.
11. WHELAN, T. J. and GILLESPIE, J. T. Treatment of traumatic Hemobilia. *Ann. Surg.*, 162: 920, 1965.
12. WRIGHT, P. W. and ORLOFF, M. J. Traumatic Hemobilia. *Ann. Surg.*, 160: 42, 1964.