

Hemobilia por absceso angiocolítico de hígado

Dres. OSCAR BALBOA, JOSE TROSTCHANSKY

y ALBERTO VALLS *

La hemobilia es una entidad clínica poco frecuente y dentro de esta poca incidencia es excepcional que se origine en abscesos hepáticos.

HISTORIA

Es Sandblom (12), quien en 1948 le da el nombre a esta entidad, refiriéndose a las hemobilias traumáticas. Según Markgraf (9) es Onen (11) quien cien años antes que Sandblom, publica en Londres un caso de laceración hepática, donde comprueba abundante sangrado digestivo, pero no le da el nombre por el cual hoy en día lo conocemos.

Luego de la comunicación inicial de Sandblom se han multiplicado las observaciones habiéndose ocupado de esta entidad en nuestro medio, Larghero y col. (8), Valls y Arruti (16), Cosco (3), Bermúdez (1) y Taibo (14).

En lo referente a hemobilias originadas en abscesos hepáticos la primera observación que encontramos en la literatura, corresponde a Karams y Jacobs (7) en 1961, apareciendo luego dos comunicaciones, de Urschez y col. (15) en 1963 y de Forestier (4) en 1965.

CLASIFICACION

Las hemobilias pueden clasificarse primordialmente teniendo en cuenta su origen en dos grandes grupos:

- A) Intrahepática.
- B) Extrahepática.

Dentro de las primeras que son las que nos interesan, pueden aparecer como consecuencia de: aneurismas, tumores primitivos o secundarios, traumatismos y originadas en angiocolitis y abscesos que es lo que nos interesa.

PATOGENIA

Larghero (8) señala para las hemobilias traumáticas la importancia de la autólisis del parénquima hepático, aséptica y bacteriana, para la determinación de focos de necrosis que en su progresión toman canales biliares y vasos sanguíneos, originando así la entidad nosológica.

En la angiocolitis supurada, la progresión del proceso, con formación de microabscesos diseminados en el parénquima hepático, crea

las condiciones de necrosis parenquimatosas necesarias, y seguramente el pequeño sangrado hacia el árbol biliar es un hecho frecuente. Creemos que es la precocidad de la intervención en el curso de angiocolitis de origen litíaco la que impide que la necrosis parenquimatosas llegue a tal grado como para dar una hemorragia digestiva franca.

En el caso que presentamos como consecuencia de la confluencia de múltiples microabscesos se ha llegado a la formación de un gran absceso en el lóbulo derecho del hígado, en cuya pared se individualizan conductos biliares y vasos sanguíneos. Si bien esto hace pensar que el origen del sangrado se deba a la erosión de vasos de calibre importante, no debemos descartar la posibilidad, tal como se pudo apreciar en los cortes microscópicos de la pieza, que en la misma haya contribuido en forma importante la hemorragia a nivel del tejido de granulación abundante que tapiza la pared del absceso.

Karams y Jacobs (7) que son los que relatan el primer caso en la literatura mundial de hemobilia a punto de partida de un absceso hepático, muestran en una lámina la luz del absceso llena de glóbulos rojos, no habiendo podido encontrar un grueso vaso abierto en la pared del mismo.

Resulta muy difícil establecer, si el origen del sangrado es arterial o venoso, y es probable que en los casos de abscesos angiocolíticos tenga este doble origen.

CLINICA

No es necesario insistir en la clínica, donde el diagnóstico surge frente a la hemorragia digestiva exteriorizada lo más frecuente bajo la forma de melenas acompañado de descompensación hemodinámica, variable en grado, de acuerdo con la magnitud del sangrado, y los síntomas de la esfera biliar; dolor intenso de H.D., vesícula tensa y palpable y aparición de ictericia.

El caso que presentamos al ser portador de una ictericia nos podría ocultar el cuadro, pero un sondeo duodenal con sangrado franco y sobre todo el cuadro agudo doloroso intenso de H.D. shockante con aparición posterior de melenas, permitieron plantear la sospecha clínica de este diagnóstico.

Planteado el diagnóstico la gran dificultad que surge es conocer la fuente del sangrado. En todos los casos de hemobilia originados en abscesos hepáticos que se han publicado, se ha planteado esta dificultad y sólo en uno se pudo resolver favorablemente (15), donde el origen del sangrado se puso en evidencia

* Asistente de Cirugía, Docente Adscripto de Cirugía, Profesor Adj. de Cirugía, Fac. Med. Montevideo. Presentado el 2 de junio de 1971.

gracias a estudios radiológicos contrastados, arteriografía selectiva del tronco celiaco y esplenoportografía que demostraron que estaba en el lóbulo derecho del hígado.

TRATAMIENTO

No nos referiremos al tratamiento de la afección inicial determinante del absceso sino de la complicación establecida.

Recalcamos la importancia para evitar serias complicaciones entre las cuales está la hemobilia. En nuestra enferma hubo un retraso en el tratamiento de su litiasis residual, que sin lugar a dudas, precipitó la situación.

Hecho el diagnóstico de esta complicación se debe operar de urgencia, siendo el primer gesto el desgravitar la vía biliar y en lo posible determinar el origen del sangrado cate-terizando los canales hepáticos derechos e izquierdos. Si el sangrado se ha detenido se debe dejar una sonda en un canal hepático que salga a través del tubo coledociano para que al repetirse la hemorragia se pueda topografiar el origen del sangrado.

El único caso con sobrevida es el de Urshel y col. (14), en el cual, topografiado el absceso se realizó una hepatectomía derecha.

Algunos autores preconizan la ligadura de la arteria hepática derecha o izquierda, de acuerdo al lugar del sangrado. Nos parecería que al no conocer bien cuál es el origen del sangrado, arterial o venoso, podría no ser todo lo eficaz que se espera.

HISTORIA CLINICA

M. R. D. de M. N^o R. 269.032. Ingresó el 17-III-70. Fallece el 21-III-70. 51 años. Sexo femenino. En el año 1968 fue operada de su vía biliar, de urgencia en el curso de un cuadro agudo de hipocondrio derecho realizándose una colecistostomía. En el postoperatorio aparece una fistula biliar externa, por lo cual es enviada al Hospital de Clínicas.

Se reinterviene, se comprueba que tiene una herida lateral de colédoco, se hace colecistectomía y reconstrucción de colédoco.

La colangiografía de control postoperatoria mostró la presencia de una litiasis residual del colédoco habiéndose indicado la reintervención en 90 días.

La paciente nos consulta nuevamente pasando sin síntomas hasta 7 días antes del ingreso, momento en que luego de una transgresión dietética con ingestión de excitobiliares, tiene dolor intenso en H.D., fiebre, chuchos de frío, instalándose una ictericia.

Ingresó con este síndrome coledociano presentando fiebre en ganchos, mostrando el funcional hepático un perfil obstructivo. El sondeo duodenal sólo mostró sangre digerida y roja. Es coordinada para ser operada con el diagnóstico de angiocolitis por litiasis residual del colédoco.

La noche antes de la operación la paciente tiene bruscamente un intenso dolor en H.D. y en E. entrando en estado de shock, teniendo posteriormente dos deposiciones con los caracteres de melenas.

Se instituye tratamiento de reanimación intensiva a pesar de lo cual la paciente fallece a las 14 horas de instalada esta complicación.

La autopsia comprobó un colédoco muy dilatado con su luz ocupada por abundantes coágulos y sangre, presentando en su sector distal un cálculo de 7 x 5 milímetros. En el hígado, sobre todo en el lóbulo derecho en su superficie exterior, microabscesos y al corte, múltiples abscesos de diámetro variable desde milímetros a varios centímetros, el mayor de los cuales mide 6 cms. de diámetro a contenido necrótico hemorrágico y está en comunicación con una rama de bifurcación del conducto hepático derecho.

Histológicamente se comprueba una colangitis supurada aguda. La hemobilia se sugiere como debida a la erosión de múltiples pequeños vasos de un tejido de granulación joven que determina una permeación abundantísima hacia la luz del absceso.

RESUMEN

Al presentar el caso de una enferma multioperada de su vía biliar que en el curso de una angiocolitis supurada por litiasis residual del colédoco tiene una hemofilia, se señala:

- a) Lo excepcional de esta entidad como consecuencia de un absceso hepático.
- b) Se afirma su patogenia por necrosis séptica del parénquima hepático.
- c) Se señala en su origen el papel que puede tener además de la erosión de un grueso vaso, el sangrado del tejido de granulación.
- d) Se insiste sobre la importancia del tratamiento adecuado de la afección inicial, anotando lo difícil que resulta el diagnóstico topográfico exacto.

RÉSUMÉ

Présentant le cas d'une malade ayant subi plusieurs opérations de la voie biliaire, et ayant fait une hémobilie au cours d'une angiocholite suppurée due à une lithiase résiduelle du cholédoque, l'auteur souligne:

- a) L'aspect exceptionnel de cette hémobilie comme conséquence d'un abcès hépatique.
- b) Sa pathogénie confirmée du fait de la nécrose septique du parenchyme hépatique.
- c) Le rôle originaire que peut jouer le saignement du tissu de granulation, outre l'érosion d'un gros vaisseau.
- d) L'importance particulière d'un traitement approprié de l'affection primaire et la difficulté d'un diagnostic topographique exact.

SUMMARY

A patient had repeated biliary-tract operations and during the course of supurated cholangitis due to residual lithiasis of choledocus, was found to have from hemobile.

This is a rare consequence of a hepatic abscesses, pathogeny resulted in septic necrosis of hepatic wall.

Its origin may lie not only in erosion of a large vessel but also in bleeding of granulation tissue.

Adequate treatment of inicial disease is deemed important. However, exact topographic diagnosis is difficult.

BIBLIOGRAFIA

1. BERMUDEZ, O. Reintervenciones por hemorragia en cirugía biliar. *XVI Congreso Uruguayo de Cirugía*, T. 2: 137, 1965.
2. CERCKEZ, E. Hemobilie par cholecystite aigue calculeuse. *Lyon, Chir.*, 59: 525, 1963.
3. COSCO MONTALDO, H. Hemorragias en cirugía biliar en: *Medicina en el Uruguay*. Talleres Gráficos de Impresos S. A., 61, 1965.
4. FORESTIER, M. Un cas de hemobilie après un absces amibien du foie. *Mém. Acad. Chir.*, 91: 839, 1965.
5. GROVE, W. Biliary tract hemorrhage as a cause of hematemesis. *Arch. Surg.*, 83: 83, 1961.
6. GUYNN, V. and REYNOLDS, J. Surgical management of hemobilia. *Arch. Surg.*, 83: 89, 1961.
7. KARAM, J. H. and JACOBS, T. Hemobilia: report of a case of massive gastrointestinal bleeding originating, from a hepatic abscess. *Ann. Inter. Med.*, 54: 319, 1961.
8. LARGHERO, P.; ASTIAZARAN, M. y GORLERO Armas, A. Hemobilia traumática. Consideraciones sobre la autolisis hepática aséptica y bacteriana. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 187, 1954.
9. MARKGRAF, W. Traumatic hemobilia associated with a hepato-portal biliary fistula. *Arch. Surg.*, 81: 860, 1960.
10. MORILE, A. et BEZARD, J. Deux observations d'hémorragie digestive avec hémobilie. *Mém. Acad. Chir.*, 87: 619, 1961.
11. OWEN. Case of lacerated liver. *London, M. Gaz.* 1048, 1848, citado por Markgraf.
12. SANDBLOM, Ph. Hemorrhage into the biliary tract following trauma. "Traumatic hemobilia". *Surgery*, 24: 571, 1948.
13. SVENSON, A. and WIKSTRÖM, S. Hemo-peritoneum and hemobilia in Gallstone disease. *Acta Chir. Scand.*, 133: 169, 1967.
14. TAIBO, W. Hemobilia traumática en una niña de 7 años. *Rev. Cir. Uruguay*, 35: 23, 1963.
15. URSHEL, H. C., SKINNER, D. B. and McDERMOTT, W. V. Hemobilia secondary to liver abscess. *J.A.M.A.*, 186: 797, 1963.
16. VALLS, A. y ARRUTI, C. Hemorragia masiva por la vía biliar principal. *Bol. Soc. Cir. Uruguay*, 26: 81, 1956.
17. ZEDER-FELDT, B. Hemobilia as a cause of massive gastrointestinal hemorrhage. *Acta Chir. Scand.*, 133: 165, 1967.