

REINTERVENCIONES POR HEMORRAGIA EN CIRUGIA BILIAR

Dr. O. BERMUDEZ

El problema de las reintervenciones por hemorragia en cirugía biliar, es solamente un aspecto del gran capítulo que estudia la complicación hemorrágica en esta cirugía. Un primer hecho debe señalarse: existe una evidente desproporción entre la incidencia hemorrágica, frecuente en ciertas situaciones patológicas de este sector, y el número de reintervenciones que se realizan por complicación hemorrágica. Ello obedece a que habitualmente la incidencia se soluciona durante el acto operatorio y a que la complicación hemorrágica del postoperatorio debe reunir condiciones particulares que justifiquen la indicación de reintervenir.

LIMITACION DEL TEMA

Dos grupos de situaciones se presentan al cirujano:

- 1) *La complicación hemorrágica resulta de una incidencia local o regional.* En este grupo se encuentran los pacientes que plantean la reintervención.
- 2) *La hemorragia integra un síndrome* donde intervienen fundamentalmente los déficits creados por la enfermedad en los mecanismos de la coagulación. Para estos pacientes el cirujano no dispone de recursos quirúrgicos directos; pero corresponde señalar que hay situaciones intrincadas o complejas, porque la hemorragia que integra un síndrome puede expresarse durante algún tiempo como de causa local o regional, sin evidenciarse en los exámenes de laboratorio de rutina y agravar hemorragias locales que por sí solas hubieran sido intrascendentes.

RESEÑA PATOLOGICA

A) *Causas de hemorragia focal o regional señaladas en las distintas estadísticas*

- 1) Hemotaxis insuficiente. Reincidencia o continuidad de una hemorragia operatoria no solucionada satisfactoriamente.
- 2) Heridas vasculares ignoradas.
- 3) Lesiones traumáticas del parénquima hepático u órganos vecinos que han sufrido manipulaciones en el acto operatorio.
- 4) Zonas cruentas de despegamiento.
- 5) Falla de ligaduras, dehiscencias de sutura vascular y caída de escaras.
- 6) Corrosión vascular de orden séptico y traumático.
- 7) Cambios tensionales en el ambiente operatorio.

B) *Fuentes de hemorragia*

- 1) Vasos del lecho vesicular y arteria cística.
- 2) Arteria hepática y sus ramas; con más frecuencia la rama derecha por su vinculación con el sector proximal de la vesícula.
- 3) Vasos parietales del colédoco.
- 4) Vasos aberrantes.
- 5) Ramas arteriales intrahepáticas y sector venoso portal.
- 6) Arteria pancreaticoduodenal derecha superior y arca-das posteriores.
- 7) Vasos de vecindad por traumatismo o extensión lesional.

Esta simple enumeración da una idea de la complejidad del problema cuando la complicación se presenta. Anotamos a manera de resumen:

- que la hemostasis insuficiente en el territorio de la cística, por razones anatómicas que no entramos a considerar, es la causa más frecuente de la hemorragia postcolecistectomía;
- que en todas las estadísticas, el mayor número de complicaciones de causa local se observa en reintervenciones sobre la vía biliar principal, que obligan a liberaciones laboriosas en territorios ricamente vascularizados, en los cuales la patología compleja enmascara las relaciones y dificulta el reconocimiento de las estructuras;
- que la infección preexistente o postoperatoria juega un papel importante en la complicación hemorrágica, al pro-

vocar la efracción vascular directa o la penetración en vísceras vecinas. Las estadísticas señalan hemorragias por corrosión séptica del parénquima hepático, arterias hepática, pancreática y gastroduodenal, vasos parietales de estómago, duodeno y colon, y del parénquima pancreático.

ASPECTOS QUIRURGICOS

*Factores a considerar
en el diagnóstico causal de hemorragia,
en las indicaciones de reintervención
y en las tácticas a seguir*

1) *Terreno y situación patológica preoperatoria.*— Interesa recordar los riesgos de hemorragia en la cirugía biliar del paciente icterico, por razones bien conocidas, más aún cuando se agrega la infección, y en portadores de hipertensión portal, en los cuales la cirugía biliar de necesidad entraña serio peligro por causas múltiples que conspiran contra la hemostasis.

2) *Complejo lesional y su topografía.*— Juega papel importante en la complicación hemorrágica. El riesgo vascular es mayor en colecistectomías difíciles, pedículos infiltrados, cirugía del hilio hepático, canales intrahepáticos y colédoco terminal, en particular si se trata de reintervenciones.

3) *Momento en que se manifiesta la hemorragia.*— En el postoperatorio inmediato o precoz, las hemorragias son habitualmente de orden mecánico. La hemorragia por fibrinólisis es rara, aunque se ha observado en cirróticos sometidos a operaciones largas y difíciles que han exigido transfusiones masivas.

Después de la primera semana la hemorragia tiene su origen en corrosión vascular séptica o traumática (avenamientos), insuficiencia hepática postoperatoria, dehiscencias de sutura vascular o caída de escaras.

Formas anatomoclínicas

- 1) Hemorragia peritoneal:
Difusa.
Colectada.
- 2) Hemorragia externa:
Por la herida.
Por los drenajes.
- 3) Hemobilias.
- 4) Hemorragia digestiva en ausencia de hemobilia.

Hemoperitoneo difuso precoz.—Raro. Precedido a veces de un cuadro doloroso que no se interpreta como ligado a la hemorragia, la primera manifestación aparente es el colapso vascular. Los signos de hemorragia interna se completan en las primeras horas.

Hemorragias colectadas.—Pueden no ser reconocidas en una fosa subhepática profunda y provocar otras complicaciones, o hacerse perceptibles a la palpación. El drenaje no las detecta porque en general se obstruye. La radiología puede aportar datos de valor diagnóstico. Plantean importantes problemas de conducta frente al hipocondrio ocupado en el postoperatorio de la cirugía biliar.

Hemorragia peritoneal después de los primeros días.—Su origen más común es la necrosis infecciosa de las paredes vasculares. Está precedida de supuración o fistulización biliar, duodenal o pancreática. Puede expresarse por hemorragias pequeñas y repetidas o anunciarse por una hemorragia masiva. El diagnóstico es difícil si la supuración no está fistulizada al exterior o en vísceras digestivas, y el cuadro agudo con signos de hemorragia interna no ser interpretado correctamente.

Hemobilias postoperatorias graves.—La emisión de sangre a nivel y por las vías biliares, es una *hemobilia verdadera* si se origina en el parénquima hepático o en las vías biliares; es una *falsa hemobilia* cuando es de origen extrínseco; en tales casos, la sangre mezclada con bilis proviene de una colección subhepática, penetra en la vía biliar a favor de una coledocotomía incontinente y se exterioriza por el Kehr o hacia el duodeno. Complicación poco frecuente aunque en los últimos años se anota en la literatura un mayor número de observaciones. En la comunicación de Valls y Arrutti a la Sociedad de Cirugía de Montevideo en 1956, se hace referencia a observaciones de Ugón, Etchegorry, Arcos Pérez y Praderi. En la Sociedad Argentina de Cirugía se discutió el problema con motivo de las publicaciones de Deschamps en 1959, Baila y Durán en 1962 y Moroni en 1963. Estos trabajos motivaron aportes de Del Valle, Gorostiague, San Martín, Pasman, Lassalla, Ferreira, Pierini y Velazco Suárez. En la estadística realizada por Cosco en 1963 y retomada por Di Giobbi en 1964, sobre 4.188 operados de vías biliares en el Hospital de Clínicas, en 15 complicaciones hemorrágicas graves figuran 4 hemobilias postoperatorias.

Formas de expresión clínica

La *emisión de sangre por el tubo de Kehr* es el signo más característico, pero no necesariamente demostrativo de su origen

biliar; puede tratarse de una falsa hemobilia por colección subhepática; el tubo transpapilar puede evacuar una hemorragia de origen duodenal.

La *emisión de sangre alrededor de un drenaje biliar*, cuando éste está permeable y no drena sangre, es de origen subhepático; pero si el tubo está obstruido y la coledocotomía es inconciniente, puede provenir de la vía biliar.

La *hemorragia digestiva* (habitualmente melena), acompaña a la hemobilia si ésta es de entidad. Puede ser la manifestación dominante cuando el tubo está obstruido o cuando se ha practicado una coledocotomía ideal.

El *cólico biliar* precede a la hemorragia digestiva cuando los coágulos obstruyen el canal; en tal caso, la hemorragia digestiva es seguida de ictericia febril.

Fuentes de hemorragia

1) *En intervenciones sobre el colédoco:*

- Traumatismos canaliculares y del parénquima en las maniobras de exploración y de extracción de cálculos enclavados que habían provocado ulceración vascular.
- Insuficiente hemostasis en vasos coledocianos.
- Lesiones operatorias de arteria hepática o sus ramas (Absolon y col.).
- Ulceración de la mucosa coledociana por acción del tubo (Ravinovít). No se trata de observaciones suficientemente probatorias. Tampoco está demostrada la hemorragia por acción traumática de un tubo transpapilar.
- Corrosión traumática de vasos importantes por acción del drenaje. Existen observaciones demostrativas (Caroli y Champeau, Campbell).
- Ulceración de la arteria pancreaticoduodenal derecha superior (Moroni).
- Ulceración de la gastroduodenal.
- Corrosión vascular de orden séptico (Champeau y Caroli). Dos casos de coledocitis necrosante con ulceración de la rama derecha de la hepática. No conocemos ningún caso de hemobilia por corrosión de la porta.
- Ulceración de la pared duodenal por la rama de salida del tubo de Kehr (Champeau y Pineau, R. Praderi).

- 2) *En intervenciones sobre el esfínter.*—Insuficiencia de hemostasis después de esfínterotomía. Es excepcional si se practica por vía transduodenal y con sutura correcta. Champeau señala un caso personal que debió ser reintervenido, comprobándose que sangraba un vaso de la mucosa duodenal.
- 3) *En anastomosis biliodigestivas no fistulizadas.*—Se ha atribuido la hemorragia tardía a caída de escaras o traumatismos por cálculos.
- 4) *En anastomosis biliodigestivas complicadas por infección y dehiscencia,* interviene la corrosión vascular séptica y la hemorragia puede ser de entidad.

Del análisis de numerosas observaciones publicadas y referidas, extraemos las conclusiones siguientes:

En la mayor parte de los casos la fuente de hemorragia no aparece clara aun después de reintervención. Muchos casos no han sido reintervenidos ni se ha realizado necropsia. La infección ha jugado un papel importante en la hemobilia grave del postoperatorio: angiocolitis hemorrágica, necrosis séptica de los conductos, hepatitis séptica necrosante y disecante han causado hemorragias graves por corrosión; a la lesión local se ha sumado la insuficiencia hepática grave. En un porcentaje grande de casos mortales, la insuficiencia hepática aparece dominando sobre las lesiones locales, como lo prueba el hecho de que pacientes ictericos, febriles, con hemorragias a repetición, fallecen con síntomas de insuficiencia hepatorenal. Tenemos una observación personal de retención biliar séptica por litiasis que fue tratada por coledocotomía, extracción de cálculos y drenaje. La paciente mantuvo la ictericia febril, hizo una hemobilia al sexto día; luego un síndrome hemorrágiparo y falleció en anuria. La autopsia demostró múltiples focos parenquimatosos de hemorragia, necrosis y supuración.

HEMORRAGIAS DIGESTIVAS GRAVES EN AUSENCIA DE HEMOBILIA

Plantean problemas difíciles de resolver en lo que se refiere a interpretación de su mecanismo y a la conducta a adoptar. La *asociación de litiasis biliar y úlcera duodenal*, se presenta con relativa frecuencia y es fácil desconocer un ulcus duodenal en el curso de una intervención biliar compleja. La reacción duodenal y pancreática asociadas, impiden la exploración y la interpretación correcta de las lesiones. Las úlceras agudas y gastritis erosiva hemorrágica, provocadas por el “stress” quirúrgico, son bien conocidas. Hess señala que la hemorragia digestiva por

ulcus agudo postoperatorio es más frecuente de lo que se cree. R Praderi, en 25 hemorragias digestivas postoperatorias tempranas, comprueba 17 casos de úlceras gastroduodenales (11 agudas y 6 crónicas); en 7 situaciones agudas las úlceras eran múltiples; 3 hemorragias digestivas, en 25, se observaron en el postoperatorio de cirugía biliar (1 por ulcus crónico, 1 por trombosis portal y la restante de causa desconocida. La hemorragia por várices esofágicas puede complicar el postoperatorio de los cirróticos que han sufrido una intervención biliar de necesidad o de paciente que han hecho una trombosis portal postoperatoria.

CONCLUSIONES SOBRE DIAGNOSTICO, INDICACION OPERATORIA Y CONDUCTA

1) *El balance pormenorizado de la intervención realizada* debe ser especialmente considerado en la indicación de reintervenir. El cirujano que revive las dificultades e incidencias y las soluciones adoptadas frente a ellas, consolida su posición mental frente a la complicación.

2) *La hemorragia precoz*, no ofrece en general dudas al diagnóstico cuando se instala un cuadro de colapso, generalmente asociado al dolor y seguido de signos de hipovolemia por hemorragia. La punción con fines de diagnóstico puede confirmar el hemoperitoneo, pero su negatividad no invalida los hechos clínicos. Está indicado reponer la volemia, reabrir la herida, investigar la fuente de hemorragia y cohibirla, en lo posible por hemostasis directa. En lo que se refiere a hemostasis, merece consideración especial la hemorragia proveniente de lesión de la hepática o una de sus ramas, por las consecuencias que puede reportar su ligadura. Si las condiciones anatómicas lo permiten, debe hacerse la sutura. Entre los procedimientos de hemostasis, el taponamiento debe ser el último a emplear; no olvidar que actúa por adherencia y no por compresión.

3) *La hemorragia colectada* debe sospecharse frente al hipocondrio ocupado clínica o radiológicamente, más aún si existe un drenaje subhepático que no drena bilis. Salvo contraindicaciones formales, estimo que debe reintervenirse aunque el paciente esté compensado, con finalidad de inventario y limpieza. La reintervención precoz a través de la herida, que evacúa coágulos y ubica un avenamiento correcto, no tiene gravedad y puede decidir el porvenir funcional.

4) *El cuadro agudo* después de la primera semana, con signos de hipovolemia, que cursa con una complicación infecciosa, debe hacer pensar en hemorragia interna por corrosión vascular. La indicación lógica es reintervenir con la finalidad de

realizar hemostasis directa, no siempre posible por dificultades locales y el estado del paciente.

5) Frente a un drenaje biliar que da sangre, es necesario asegurarse por la colangiografía, si está bien ubicado; si la vía biliar es permeable y si la coledocotomía es continente. La colangiografía puede mostrar además una cavidad intrahepática.

6) Como procedimientos de diagnóstico se han propuesto además, la arteriografía (celiografía) para pesquisar la conexión arteriobiliar y la complicación aneurismática postoperatoria; y la esplenoportografía en el diagnóstico de la comunicación portobiliar o la pérdida de un sector portal.

7) Debe sospecharse hemobilia de origen extrínseco cuando a la emisión de sangre por el drenaje se asocia el reflujo de bilis y sangre alrededor del Kehr o del drenaje subhepático.

8) Las primeras medidas frente a una hemobilia postoperatoria son en general conservadoras, salvo circunstancias especiales por su gravedad o porque existan razones para sospechar la fuente de hemorragia y su evolución de acuerdo al balance realizado. Reponer la volemia, comprobar la ubicación del drenaje biliar y mantener su permeabilidad por coledococclisis con suero tibio. Un drenaje que funciona mal, aumenta el obstáculo y favorece la recidiva de la hemorragia. Se ha propuesto el uso de sustancias fibrinolíticas para evitar la obstrucción por coágulos.

9) La repetición de hemorragia biliar grave en ausencia de hepatitis necrosante, constituye una indicación formal de reintervenir y no de retirar el drenaje, considerándolo el causante de la hemorragia. En general, toda hemobilia grave de origen extrínseco debe ser reintervenida.

10) En la hemobilia verdadera con síntomas de hepatitis séptica, más aún si el laboratorio confirma deficiencias en los factores de coagulación, no corresponde intervenir. Está indicado: medicación antibiótica en dosis masivas, transfusión de sangre fresca y coledococclisis.

11) Frente a hemorragia digestiva postoperatoria en ausencia de hemobilia, está indicado reintervenir si se trata de ulcerosos conocidos y la hemorragia es grave. Corresponde abstenerse en primera instancia, cuando hay razones para pensar que se trata de úlceras agudas por "stress" quirúrgico; aunque la reiteración de la hemorragia luego de tratamiento bien conducido y de estudios de laboratorio que descartan la discrasia, justifican la exploración.

12) En cirróticos no ictéricos o hipertensiones portales extrahepáticas, la incidencia hemorrágica puede ser tan grave, que justifica intervenciones derivativas o de desconexión áciportal bajo hipotermia.