

HEMOBILIA

Consideraciones sobre cuatro casos

Dres. P. MAGALDI, A. H. PATARO,*
H. MARCHITELLI * y J. MUSSINI **

Consultando el archivo de cirugía de nuestro hospital, donde se registra la morbimortalidad de los pacientes intervenidos, hallamos en estos últimos diez años, cuatro casos de hemobilia que consideramos dignos de relatarse:

CASO N° 1.— Mat. 454.081. M. A. (masc.), 20 años. Traumatismo zona hipocondrio derecho; en el acto operatorio se comprueban múltiples rupturas del lóbulo derecho hepático de 10 a 20 cm. de longitud y muy profundas; se practica extirpación de focos necrosados, sutura, taponamiento de algunas cavidades con spongostan y drenaje con tubo y aspiración continua; los primeros tres días drena 200 a 300 c.c. de sangre y bilis mezcladas, luego disminuye; al quinto día melena abundante, se trata y desaparece; luego, a los veinte días, se drena absceso hepático evolucionando a la curación.

CASO N° 2. Mat. 458.617. R. M. (fem.), 54 años. Ingres a urgencia al Servicio, luego de ser operada en una clínica del Interior por colecistitis aguda, donde se le efectuó colecistectomía y coledocostomía; a los veinte días, al movilizar el tubo de Kehr, se presenta abundante hemobilia; se abstienen de retirarlo y lo envían a nuestro Servicio, donde nuevamente al tratar de movilizar el tubo reaparece intensa hemobilia; se decide la reintervención; al pretender extraer el tubo se produce gran hemorragia que solamente se detiene con el taponaje; durante la reintervención se comprueba gran desgarramiento y falta de sustancia en la cara externa de la arteria hepática común; se creyó fuera la arteria gastroduodenal y se liga colocando nuevamente un Kehr; no se repite la hemorragia, pero luego de 48 horas el paciente entra en estado de coma hepático y fallece.

CASO N° 3.— Mat. 443.503. F. J. (fem.), 62 años. Se interviene por colecistitis aguda, hallando litiasis biliar; al mes se reinterviene practicando una coledocostomía por paolitiasis de colédoco, extrayendo varios cálculos; a

* Cirugía "B". Hospital Italiano. Buenos Aires, Argentina.

los dos meses, por tercera vez se practica una operación, que en este caso fue una papilotomía y la extracción de un cálculo residual. La coledocorrafia ocluyó completamente la brecha y se dejó un tubo de Kehr cuya rama larga emerge por el cístico; a los doce días se retira el tubo de Kehr y aparece sangre abundante por la herida de salida de tubo, se taponan, presentando luego una melena intensa; se transfunde y cede en parte la melena, se reinterviene, cuarta intervención; se explora, gastrostomía, duodenostomía; no se encuentra lesión alguna que justifique la hemorragia; no se practicó gastrectomía; se cierra; sigue con melena y hematemesis y fallece en shock.

CASO N° 4.—M. N., 29 años (fem.). Intervenida por colecistitis calculeosa, a los tres días presenta cuadro de insuficiencia hepática aguda, sangre por el drenaje biliar, melena, hematemesis; fallece por shock.

CONSIDERACIONES

Sobre 10 intervenciones por traumatismo de hígado con ruptura glandular, hemos observado solamente un caso de hemobilia postraumática, que coincidió con el de mayor destrucción glandular y que evolucionó favorablemente.

Con respecto a las hemobilias postoperatorias, hemos hallado 3 casos, sobre un total de 1.300 intervenciones en vías biliares, habiendo efectuado 400 coledocotomías exploratorias, cifra que significa un 30% del total de pacientes drenados con tubos de Kehr, siendo la incidencia de la hemobilia del 1,2%, coincidiendo ésta con las estadísticas consultadas, que oscilan entre el 1 al 2% como complicación en coledocotomías, en series que sobrepasan las 1.500 operaciones en vías biliares.

Se ocuparon de esta complicación, Haliburton y Manrique, Schmidt, Owen, Kehr, Litman, Deschamps (1959), Baila y Duran en 1962, Moroni, Carpanelli, Cufre y Alvarez T.

En la bibliografía extranjera encontramos 10 observaciones citadas por Rabinovitch, Campell, Leyes y Mesnards.

Hylan, en 1950 ("Surgery", 131), clasifica las hemobilias:

CLASIFICACION DE HYLAN DE LAS HEMOBILIAS

Hemobilia espontánea.

Independiente de traumas o intervenciones quirúrgicas:

- a) Tumores benignos o malignos del hígado y vías biliares.
- b) Necrobiosis amarilla aguda.
- c) Aneurisma arteria hepática o en la cavernomatosis portal abierta en las vías biliares.
- d) Colecistitis aguda hemorrágica, colangitis hemorrágica.
- e) Litiasis coledociana.
- f) Úlcera duodenal penetrante en vías biliares.

Hemobilia traumática.

Aparecen en la evolución mediata o inmediata de traumas hepáticos.

Hemobilia postoperatoria:

Posterior a intervenciones sobre el hígado, vías biliares u órganos vecinos:

- a) Herida vías biliares quirúrgicas.
- b) Decúbitos por tubos de avenamiento biliar.
- c) Deficiente hemostasia a nivel de la coledocotomía.
- d) Secundarias a: papilotomías, quistectomías, hepatectomías, heridas del lecho vesicular, heridas del hilio hepático.
- e) Por hemorragia "ex vacuo".
- f) Maniobras bruscas de exploración.
- g) Pancreatitis aguda hemorrágica postoperatoria.
- h) Infección de vías biliares.
- i) Alergia y congestión aguda del hígado.
- j) Insuficiencia hepática por lesión del parénquima, tóxica o infecciosa.
- k) Diserusias sanguíneas.

Comentaremos algunas de estas causas que llamaron nuestra atención. En lo que respecta al decúbito producido por los tubos de avenamiento biliar, hay muchas contradicciones; Campell dice que el tubo de Kehr, después de largo tiempo, uno o dos meses, produce necrosis de la pared del colédoco, pudiendo ocasionar una escara en la arteria pancreaticoduodenal. Rabinovicht y Deschamps citan casos semejantes, pero dicen que es excepcional, dada la gran cantidad de tubos de Kehr utilizados y lo poco frecuente de esta complicación; nosotros no dejamos el drenaje más de diez a quince días como parte del tratamiento, por lo cual no hemos observado este tipo de hemobilia.

Algunos casos (5) cita Deschamps como causales en papilotomías; Del Valle y Sánchez Ziny no aceptan esta causa, objetando a la técnica empleada en esos casos, aconsejando efectuar no una simple sección del esfínter, sino la esfinteroplastia con puntos hemostáticos en los vasos que sangran. Ambos autores proscriben el uso del Béniqué, como tutor en las papilotomías; Mainetti relata los desgarros que produce, a veces difíciles de reparar cuando son retroduodenales y aun intrapancreáticos.

Es necesario recordar que en el hilio hepático existen variedades anatómicas y no anomalías. Son varios los casos hallados de este tipo en la literatura. La sección de la porta, por delante del hilio (Pawlosky), una cística de triple origen, o una cística corta que nace de la hepática derecha; o la hepática común cruzando el hilio por delante, pudiendo ser lesionada en la coledocorrafia, que luego se desgarrará al retirar el Kehr.

Mainetti cita el caso de pequeño aneurisma de la arteria hepática común, lesionada en la coledocorrafia. Steward y Cantaraw citan casos por hemorragia "ex vacuo", es decir, al descomprimir bruscamente con el drenaje al exterior por el Kehr, en enfermos con gran síndrome de hipertensión biliar prolongada. Cuando se sospeche en una hemobilia postoperatoria una pancreatitis aguda hemorrágica, se aconseja investigar la presencia de enzimas en el tubo de Kehr.

Otra causa importante en la infección, en estos casos, se produce una desorganización de la estructura intralobulillar, con hiperemia y pasaje de la sangre de la red arterial hepática y de la vena porta, directamente en el origen de los canalículos biliares, atravesando las células hepáticas destruidas y alteradas por la toxemia e infección en enfermos generalmente ictericos.

CONDUCTA TERAPEUTICA

Se tratará la hemorragia aguda, la infección, se hará control colangiográfico, etc., pero en lo que respecta a si el tubo de Kehr se deja o se retira, divergen las opiniones; la mayoría de los autores aconsejan no extraerlo hasta decidir el momento operatorio. Siendo que la hemorragia no mejora con tratamiento médico, debe reoperarse y explorar para hallar el origen de la misma. En las hemobilias traumáticas recordar que hay comunicaciones precoces de vasos con canalículos biliares y otras más tardías, producto de la necrosis, autólisis e infección; en estos casos se actuará con decisión: exploración de todo el órgano; si hay sangre en las vías biliares, hay que localizar la cavidad residual o foco, recurriendo a la punción exploradora, colangiografía intraoperatoria y aun la arteriografía de la hepática. Si se descubre la lesión, se debe hacer debridamiento, tratar de efectuar la hemostasia directa y cierre de la cavidad con avenamiento; si no se detiene el cuadro, está indicada la resección hepática o la lobectomía; ante la imposibilidad de realizar esta conducta enérgica, se hará ligadura de la rama correspondiente de la arteria hepática, aconsejando además drenar el árbol hilar por coledocostomía.

CONCLUSIONES

Ha sido nuestro deseo presentar cuatro casos distintos de una complicación delicada y temida en el postoperatorio de esta cirugía o en los cuadros postraumáticos. En nuestra casuística sobre 1.300 intervenciones, en tres oportunidades debimos lamen-

tar la pérdida del paciente. A nuestro entender esta sería complicación puede evitarse haciendo una disección delicada del pedículo, reconociendo los elementos en cada una de sus variedades y realizando la intervención en enfermos en las mejores condiciones clínicas y en un ambiente quirúrgico adecuado que posibilite toda clase de exploraciones y maniobras para detectar el vaso o las lesiones causales de esta complicación.

BIBLIOGRAFIA

- DESCHAMPS y FERRACANI, J.— Hemobilia postoperatoria. "Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 1959.
- DESCHAMPS, J. II.— Hemobilia postoperatoria. "Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 29-IV-1959.
- DEL VALLE; CHRISTMANN; LA SALA; ALLENDE; VELAZCO SUAREZ; GOROSTIAGA y SAN MARTIN, A. F.— "Hemobilia postoperatoria".
- BAILA, A. y DURAND, M.— Hemobilia postoperatoria. "Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 18-VII-1962.
- MANRIQUE, J.; CUFRE, E. y ALVAREZ, J.— Hemobilia traumática. "Sociedad de Cirugía de Buenos Aires", 29-IV-1964.
- CARPANELLI, J.; KESSELMAN, I. y MORANDO, J. G.— Hemobilia traumática. "Sociedad Argentina de Cirujanos", 5-X-1964.

COMENTARIO

Dr. TAIBO CANALE.— Consideramos que el trabajo presentado por los Dres. Pascual Magaldi, Arnaldo Pataro, Héctor Marchitelli y José Mussini, del Hospital Italiano de Buenos Aires, a este Congreso, es de gran importancia por el hecho de enfocar una serie de procesos que, si bien poco frecuentes, preocupan seriamente por su gravedad al cirujano enfrentado a su solución. Es también de importancia porque resume una experiencia de diez años, con mil trescientas intervenciones efectuadas.

Podemos dividir el trabajo presentado por los distinguidos colegas en tres partes: en la primera, se encara un caso de hemobilia traumática; en la segunda, se estudian tres casos de hemobilia postoperatoria, y en la tercera, se realizan consideraciones terapéuticas y se obtienen conclusiones de gran interés práctico.

El caso presentado de hemobilia traumática, llena las consideraciones que exigían P. Larghero, M. Astiazarán y Gorlero Armas, en su publicación de la primer hemobilia traumática de la literatura nacional uruguaya. En efecto, ellos exigían cuatro elementos para tipificarla: 1) traumatismo abdominal; 2) hematemesis y melena; 3) sangre en la vía biliar; 4) comprobación de la cavidad en la necropsia. El caso relatado por los ponentes cumple las tres primeras y afortunadamente no se cumple la cuarta.

Personalmente hemos publicado el primer caso de hemobilia traumática en el niño, en nuestro medio, en "Revista de Cirugía del Uruguay", N.º 1, año 1965. Se trataba de una niña de siete años que sufrió un traumatismo encefaloerancano grave, asociado a una contusión de abdomen. Nos vimos abocados a efectuarle una esplenectomía y una sutura de una pequeña lesión hepática. En la evolución, azarosa y prolongada, sucesivas hematemesis y melenas, precedidas de cólicos hepáticos, llevaron al diagnóstico. La niña curó luego de drenarse su vía biliar durante varias semanas. También en este caso personal se dieron las tres primeras condicionantes de Larghero.

Pero quizás el trabajo fundamental sobre este tema sea el de Roberto Sparkman, publicado en "Anales de Cirugía", diciembre de 1953. Este autor analiza trece casos publicados hasta la fecha, con un 50% de sobrevida, y llega a la conclusión que a todos los casos salvados se les había drenado la vía biliar. 50% de estos casos cursaron con ictericia. Sparkman presenta un caso salvado, con taponamiento y drenaje del foco lesional. Correspondería al caso narrado por los ponentes.

Nathan Spector publicó un caso de buena evolución luego de ligadura de la arteria hepática derecha ("Anals de Cirugía", febrero de 1957).

Sólo quisiéramos agregar, personalmente, que consideramos fundamental, actualmente, intentar localizar la cavidad hepática con un gammagrama (técnica radiactiva que se está usando actualmente en nuestro medio). Esta técnica, de tan magníficos resultados en la localización del quiste hidático de hígado, puede ser de gran utilidad, ya que permite visualizar falta de parénquima desde tres centímetros de diámetro. En nuestro caso fue negativo, pero actualmente se obtiene mayor precisión.

En la segunda parte los distinguidos colegas presentan tres casos de hemobilia postoperatoria, dos por lesiones presuntamente atribuibles al acto quirúrgico y otra por insuficiencia hepática. En la primera se encontró una lesión de la arteria hepática común y en la segunda no se encontró causa evidente.

A. Valls publicó en nuestro medio ("Boletín de la Sociedad de Cirugía del Uruguay", año 1957), seis casos reunidos hasta la fecha por distintos cirujanos. En uno de ellos se comprobó una lesión de colédoco y vena porta, producidas por un grueso tubo de Kehr. En otro, posterior a una papilotomía, se comprobó una lesión de la arteria pancreaticoduodenal; también hay casos de abscesos hepáticos y de insuficiencia hepática. Traigo a colación este trabajo, porque concuerda totalmente con las conclusiones obtenidas por los colegas argentinos. Tubos duros, muy gruesos o dejados mucho tiempo "in situ", pueden ser causa de importantes hemobilias. De todas maneras, la incidencia en el total de intervenciones es realmente muy escasa, como lo hacen notar los autores.

En la tercera parte de este trabajo los autores efectúan una serie de consideraciones que compartimos ampliamente, sin reservas. Creemos, como ellos, que las causas pueden ser múltiples, como allí se enumeran. Nos suscri-

bimos también a su opinión sobre el hecho de que la profilaxis de las formas postoperatorias es una cirugía cuidadosa, con buena disección del pedículo, con maniobras de exploración no traumáticas y con un adecuado estudio preoperatorio del paciente.

En cuanto a las hemobilias espontáneas, el cuadro sinóptico presentado nos exime de comentarios.

Sólo nos queda felicitar a los autores por esta comunicación, que tiene el valor de poner al día un tema de gran trascendencia práctica y actualizar circunstancias clínicas frente a las cuales puede verse obligado a actuar el cirujano en cualquier momento. Agradecemos, también, en nombre de las autoridades del Congreso, vuestra presencia y vuestra colaboración en este evento científico.