

Hemocolecisto primitivo

A propósito de 7 observaciones

Dres. RAUL PRADERI, MIGUEL MATE y ROBERTO GREZZI *

Las hemorragias en la luz de la vesícula biliar son poco frecuentes pero cuando se producen crean situaciones patológicas complejas que plantean al cirujano grandes problemas diagnósticos y dificultades terapéuticas. Cuando se originan en la pared, la sangre se colecta en la vesícula y fluye luego por el cístico al colédoco, determinando una hemorragia dentro de las vías biliares o *hemobilia*, como la definió Sandblom (30). Las hemobilias poseen una serie de caracteres comunes cualquiera que sea su etiología: traumatismo, tumor o aneurisma; o su topografía: intrahepática, pedicular o vesicular. La obstrucción del colédoco por coágulos provoca ictericia y dolor que alterna con hematemesis y melenas constituyendo la tríada sintomática de Frerichs que no es patognomónica de ninguna etiología como ya hemos señalado (24).

A su vez en las hemobilias de origen hepático o pedicular la sangre del colédoco refluye a la vesícula y la llena. En este caso la patología vesicular es prestada y la distensión del órgano es consecuencia de la obstrucción

coledociana exactamente igual que como sucede en los cánceres periampulares.

Estadísticamente son más frecuentes las hemorragias de origen extravascular (31), pero las vesiculares tienen una característica especial: se asocian casi siempre con la obstrucción del cístico por litiasis, y muy a menudo son el epifenómeno de una colecistitis.

Se constituye así una entidad muy especial: la hemorragia dentro de una vesícula biliar obstruida o *hemocolecisto* como la llamaron Fiesinger y Bergeret (7). Otros autores hablan de hematocoele vesicular (12) o hemato-colecisto. Nosotros designaremos *hemocolecisto primitivo* al de origen vesicular y *secundario* a aquél que se produce por reflujo de sangre desde el colédoco en las otras hemobilias.

Esta comunicación tiene por objeto relatar sumariamente 7 observaciones clínicas tratadas por nosotros con una mortalidad de 14 %.

ETIOLOGIA

La causa más frecuente es el sangrado de la pared vesicular en las colecistitis agudas. La hemorragia puede ser difusa (3, 5, 11, 21, 33), favorecida a veces por tratamientos con anticoagulantes (12, 23) pero generalmente se debe a una lesión de la arteria cística por una éscara de decúbito labrada en la pared superior del bacinete por un cálculo enclavado. Casi siempre es el mismo que obstruye el cístico. Este mecanismo era el causante de la hemorragia en los casos 3 y 5. La etiología li-

Trabajo de la Seccional de Hígado y Vías Biliares de la Clínica Quirúrgica "B", Prof. Jorge Pradines, Hospital de Clínicas, Montevideo, presentado al XXIII Congreso Uruguayo de Cirugía, Salto, 7 de noviembre de 1972.

* Profesor Adjunto de Cirugía, Adjunto de Clínica Quirúrgica e Instructor de Semiología Quirúrgica. Fac. de Med. Montevideo.

tiásica fue evidente en muchas observaciones publicadas en la literatura (4, 17, 19, 25, 34, 35, 36, 40, 41) aunque no siempre se puede establecer el lugar exacto de la hemorragia.

Han sido señaladas también hemobilia masivas por litiasis coledocianas (32). Según Hudson (13) en el 13 % de las litiasis vesiculares se puede encontrar sangre en las materias fecales. Esta cifra sería según Gad (9) de 25 % en las litiasis vesiculares y 37 % en las coledocianas. Se trataría de un sangrado subclínico.

Los hemocolecistos según Heusser (11) serían más frecuentes con arterias esclerosas, pues, como señala Zederfeldt (41), se ven sobre todo en adultos.

Existen etiologías raras de hemorragias vesiculares; como la presencia de mucosa heterotópica gástrica (14) o pancreática (39) y diversas formas de colecistosis (15). Las hemobilia por parásitos que Ton That Thung (37) llama "tropicales" serían rara vez de origen vesicular.

El segundo mecanismo determinante de hemorragias es el cáncer de vesícula (6, 22, 24, 27, 28, 29) que como es sabido se asocia a la litiasis, como sucedió en 4 de nuestros casos. Ha sido señalado el sarcoma de vesícula (13). Existen otros mecanismos de hemorragia vesicular no asociados al hemocolecisto. Ellos son: la perforación de una colecistitis aguda obstructiva con hemorragia de un vaso de la pared hacia el peritoneo (26, 38) o la perforación sangrante de un cáncer de vesícula hacia el peritoneo (26, 27). Durante la constitución de una fístula colecistodigestiva puede sangrar el borde del orificio hacia la luz duodenal como en el caso de Bosch (12) en que se produjo una hematemesis.

EVOLUCION Y COMPLICACIONES

Los hemocolecistos requieren siempre tratamiento quirúrgico pues la fuerza expansiva de la hemorragia determina complicaciones importantes, que veremos a continuación.

HEMOCOLECISTO PURO

Obs. 1.— En la puerta del Hospital Maciel tratamos (R.P.) a un paciente de 57 años con contractura peritoneal de hipocondrio y fosa ilíaca derecha. Hicimos un Mac Burney (6-6-1960) pues habíamos diagnosticado apendicitis. Encontramos líquido serohemático en el peritoneo y al introducir la mano hacia arriba tocamos una vesícula tensa. Por una transversa de hipocondrio derecho hicimos la colecistectomía. La vesícula obstruida por un cálculo estaba llena de sangre. Evolucionó bien.

HEMOCOLECISTO RECIDIVANTE

Obs. 2.— Una cardíaca de 67 años ingresó al Hospital de Clínicas (R. 223715) con una colecistitis aguda pero hizo en Sala un edema agudo de pulmón que requirió tratamiento enérgico y sangría (Dr. Morquio). Dos días después (5-5-1965) la operamos (R.P.). Al abrir la vesícula vino sangre oscura, coágulos y cálculos. Dejamos una sonda Pezzer que retiramos al mes. Tres me-

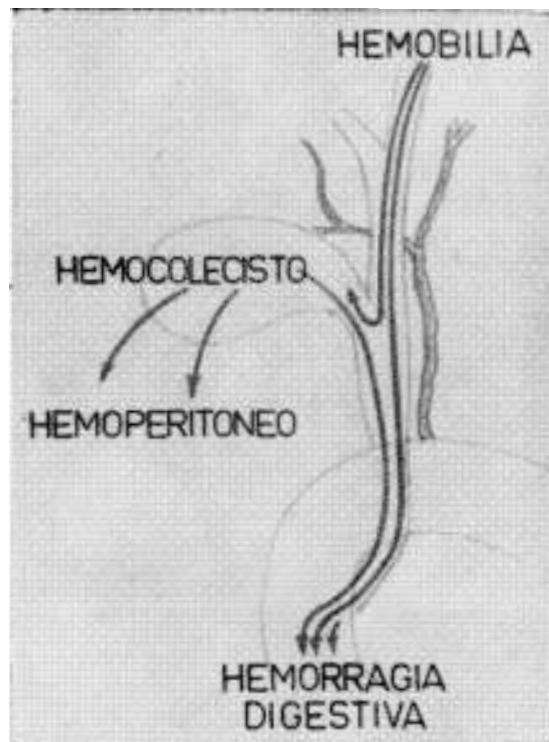


FIG. 1.— Se aprecia cómo una hemobilia puede provocar un hemocolecisto y éste a su vez un hemoperitoneo o una hemorragia digestiva.

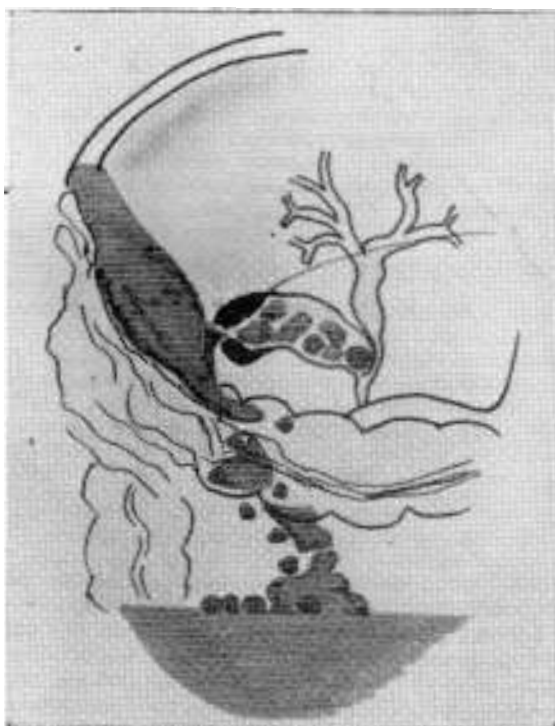


FIG. 2.— Caso 4. Hemocolecisto hemolito peritoneo e ictericia.

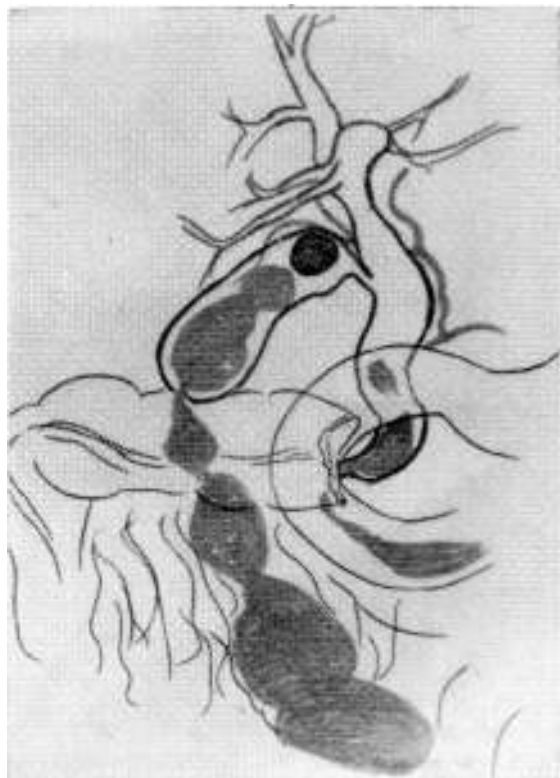


FIG. 3.— Caso 6. Hemocolecisto hematocele peritoneal y hemobilia.

ses después reingresó con un nuevo hemocolecisto y la reoperamos (5-8-965) practicando una colecistectomía ensanchada con la placa vesicular y los ganglios del pedículo hepático, porque en la cara superior había un pequeño carcinoma sangrante que no infiltraba la muscular. Los ganglios no estaban colonizados, pero falleció con una carcinomatosis peritoneal y hepática el 10-5-967.

HEMORRAGIA POR COLECISTOSTOMIA

Obs. 3.—Una enferma de 59 años ingresó al Sanatorio Larghero con una colecistitis aguda litíásica. Fue operada (R. G.) practicándole una colecistostomía con sonda Pezzer previa evacuación de cálculos. En el postoperatorio hizo una hemorragia masiva por el tubo que obligó a reoperarla y realizar la colecistectomía. Había una ulceración en el bacinete donde sangraba la arteria cística. Evolucionó bien.

HEMOCOLECISTO Y HEMOPERITONEO

Es la complicación más frecuente del hemocolecisto obstructivo. La sangre acumulada a presión determina la ruptura de la pared vesicular en sufrimiento por la obstrucción cística. Otras veces se trata de una colecistitis en una vesícula neoplásica o un cáncer del órgano que se perfora por necrosis y sangra.

Desde la observación de Leared (18) en 1858 se han hecho varias revisiones de la literatura

(20). Svensson (36) en 1965 reunió 23 casos. Gjellerup(10) en 1921 operó el primero con sobrevida.

Se deben descartar aquí como ya señalamos las hemorragias de las perforaciones vesiculares (sin hemocolecisto) hacia el peritoneo como en el caso de Varela (38) y la primera observación de nuestro trabajo (27) de 1963. Operamos dos enfermos en esta situación.

Obs. 4.— Un diabético de 61 años ingresó al Hospital de Clínicas (R. 156.066) con una ictericia acompañada de anemia, fiebre, dolor intercostal derecho y contractura de hipocondrio y flanco derecho. Fue operado (R. P.) el 10.6.961. Se encontró un hemoperitoneo de dos litros con cálculos libres, un hematocele subfrénico infectado y una colecistitis aguda necrótica con un cálculo enclavado que comprimía el colédoco a través del tabique. Se hizo limpieza del peritoneo, colecistectomía y colédocostomía. En la pieza se encontró un carcinoma de vesícula (Dr. Cassinelli). El enfermo falleció al año con metástasis. Lo interpretamos como una colecistitis obstructiva hemorrágica con necrosis de pared en una vesícula neoplásica. No hubo hemobilia porque el cálculo no se desenclavó. (Fig. 2). (*)

En cambio en la observación siguiente al perforarse la vesícula se movilizó el cálculo y la sangre pasó por el cístico al colédoco.

HEMOCOLECISTO, HEMOPERITONEO Y HEMOBILIA

Obs. 5.— Una enferma de 72 años nos es enviada del interior al Hospital de Clínicas (R. 302.549) con una colecistitis evolucionada de 15 días, acompañada de ictericia obstructiva y hemorragia digestiva. Recuperada de su anemia la operamos el 1.9.972 (R.P. y M.M.) encontrando una colecistitis subaguda con un plastrón tibio perivesicular conectado a un hematoma de sangre negra que se extendía desde el fondo de la vesícula hasta la pelvis por el espacio mesentérico cólico. (Fig. 3). Al liberarlo se confirmó su origen. Cortamos la vesícula transversalmente y abandonamos el fondo que adhería al colon luego de constatar la ausencia de fistula colecisto cólica.

Del muñón vesicular extrajimos cálculos gruesos y coágulos rojos. En la cara superior del bacinete había una úlcera en cuyo fondo sangraba la arteria cística. El cístico y el colédoco engrosados estaban permeables y llenos de coágulos que obstruían la papila como se apreció en la colangiografía operatoria (Fig. 4). Se completó la colecistectomía y se realizó una colédocotomía para extraer los coágulos. La evolución fue excelente.

HEMOCOLECISTO Y HEMOBILIA

Naunyn (23) en 1892 ya señaló la frecuencia del sangrado en los litíásicos como otros autores después (9,13). Pero la literatura (3, 8, 11, 16, 31, 36) no reúne muchos casos de hemobilia por esta causa. Avery Jones (1) encontró solo tres (2 cánceres y 1 litiasis) en una estadística de 4.000 hemorragias digestivas.

* Esta historia ha sido publicada (27).



FIG. 4.—Colangiografía operatoria del caso 5, se ve el stop coledociano por coágulos.

Acabamos de ver un mecanismo: Hemocolecisto obstructivo-Perforación-Desobstrucción-Hemobilia. Otra patogenia sería el simple desenclavamiento del cálculo como se ve en algunas colecistitis subagudas o su migración al colédoco. Además de sangre se ha encontrado en éste fragmentos de mucosa vesicular necrosada (33) o cálculos pequeños o tejido neoplásico mezclado con la sangre como veremos ahora.

Obs. 6.—Una paciente de 57 años ingresó al Hospital Pasteur (Sala 18) con una colecistitis sub aguda e ictericia. La operamos (R.P.) el 29.10.965 encontrando un hemocolecisto litiasico a cálculos chicos con un cáncer del fondo de la vesícula ulcerado y sangrando. El contenido del colédoco era similar pues había en él tejido neoplásico (Dr. Cassinelli), y cálculos pequeños. Se hizo una hepatectomía atípica en cuña incluyendo la vesícula y una coledocostomía. Falleció con metástasis.

HEMOCOLECISTO Y HEMOBILIA, FISTULA NEOPLASICA BILIO BILIAR

La sangre puede pasar de la vesícula al colédoco por una fístula bilio biliar, como en la observación 7 en que un cáncer de vesícula se fistulizó en el hepático determinando una hemobilia con melenas e ictericia obstructiva. Esta paciente tenía además malformaciones congénitas tan raras (hígado bilobado, vesícula vertical, desembocadura ampular del cístico) que

la transformaron en una observación excepcional que no describimos ahora, pues fue publicada detalladamente en 1965 (28).

CONCLUSIONES

Las hemorragias de la vesícula biliar (hemocolecisto) tienen rasgos característicos que las diferencian de otras hemobilias:

- 1) Se acompañan casi siempre de obstrucción del cístico.
 - 2) Frecuentemente se perforan provocando un hemoperitoneo.
 - 3) La sangre de la vesícula no siempre pasa a la vía biliar principal.
- Por eso hay hemocolecistos sin hemobilia.

RESUMEN

Se analiza la patogenia de los Hemocolecistos señalando que pueden ser primitivos de la vesícula biliar o secundarios a una hemobilia de origen hepático o pedicular.

En 7 observaciones personales los autores encontraron litiasis vesicular en todos los casos con obstrucción del cístico en 5.

En 4 de ellos, había además, un cáncer de vesícula.

En 2 pacientes se produjo hemoperitoneo y en 3 hemobilia.

Esta última complicación no aparece siempre pues muchas veces la vesícula se mantiene excluida por obstrucción del cístico.

RESUME

Analyse de la pathogénie des hémocholecystes, qui, comme nous le signalons, peuvent être une affection primitif de la vésicule biliaire ou secondaire à une hémobilie d'origine hépatique ou pédiculaire.

Sur 7 observations que nous avons faites personnellement, nous avons rencontré dans tous les cas une lithiase biliaire et dans 5 cas, en outre, une obstruction du conduit cystique.

Dans 4 de ces cas il y avait en plus un cancer de la vésicule.

Deux des patients firent une hémopéritoine et 3 une hémobilie; cette dernière complication ne se produit pas invariablement car dans bien des cas la vésicule est hors circuit en raison de l'obstruction du conduit cystique.

SUMMARY

Pathogeny of hemocholecysts is analyzed; they may be primitive in the gall bladder or secondary to a haemobilia of hepatic or pedicular origin. In the seven cases treated by the authors they found lithiasis of the gall bladder in all cases and in five of them there was obstruction of the cystic duct.

Furthermore, in four cases there was cancer of the gall bladder.

In two cases hemoperitoneum and haemobilia occurred. The latter does not always appear since often the gall bladder is excluded due to obstruction of the cystic duct.

BIBLIOGRAFIA

1. AVERY JONES, F. Problems of Alimentary Bleeding. *Brit. Med. J.* 2: 267, 1969.
2. BOSCH DEL MARCO, L. Fistula Biliar interna espontánea. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 24: 185, 1953.
3. BÜDINGER, K. Ueber Blutungen Nach Gallenoperationen und bei Erkrankungen der Gallenwege. *Arch. Klin. Chir.* 137: 199, 1925.
4. CERCKEZ, E. Hémobilies par cholecystite aiguë calculeuse. *Lyon Chir.* 59: 525, 1963.
5. DELMOTTE, S. A propos des hémorragies digestives massives d'origine vésiculaire. *Acta Chir. Belg.* 48: 752, 1956.
6. FAURE, G., MAUPIN, J., BARBIER, H. Hémobilie et hémopéritoine aigus por cancer de la vésicule. *J. Chir.* 98: 529, 1969.
7. FIESSINGER, N., BERGERET, A., LEVEUF, J. Hemocholecysts. *Rev. Gastroent.* 5: 383, 1938.
8. FITZ PATRICK, T. Hemocholecyst. A neglected cause of gastrointestinal hemorrhage. *Ann. Int. Med.* 55: 1008, 1961.
9. GAD, P. Okkult Blødning ved galdesten. *Nord. Med.* 68: 1069, 1962.
10. GJELLERUP, O. Et tilfælde af ruptura vesicæ felleas meo maectig intraperitonel haemorrhagi. *Hospitalstien*. 64: 826, 1921. Citado por Mailer, 20.
11. HEUSSER, H. Die blutende gallenblase. *Munchen Med. Wschr.* 72: 1007, 1925.
12. HORSBURGH, A., LEVI, A. Haematocoele of the gallbladder. *Brit. J. Surg.* 50: 844, 1963.
13. HUDSON, P., JOHNSON, P. Hemorrhage from the gallbladder. *New Eng. J. Med.* 234: 438, 1946.
14. KEHRER, J., DE MINTER, A. Peptic ulcer of the gallbladder. *Arch. Chir. Neer.* 3: 151, 1951.
15. KING, E. S. J., MACCALLUM, P. Cholecystitis glandularis proliferans. *Brit. J. Surg.* 19: 310, 1931.
16. KRIKLER, A., MARKS, C. Haemobilia. *Lancet.* 1: 135, 1963.
17. LARMI, T. Hemobilia Associated with cholecystitis, postcholecystectomy conditions and trauma. *Ann. Surg.* 163: 373, 1966.
18. LEARED. *Trans Pathol. Soc. London.* 10: 177, 1858. Citado por Mailer (20).
19. LILL, H., ZEITLHOFER, J. Tödliche Arrosionsblutung der Leber bzw. Gallenblasenarterie als seltene Komplikationen in der Bauchchirurgie. *Zbt. Chir.* 86: 1308, 1961.
20. MAILER, R. Spontaneous rupture of the gallbladder with massive intraperitoneal hemorrhage. *Brit. J. Surg.* 27: 91, 1939.
21. MIGUET, M. Lés hémobilies d'origine vésiculaire. *Lyon Chir.* 61: 431, 1965.
22. MORICE, A., BEZARD, J. Deux observations d'hémorragie digestive avec hémobilie. *Mem. Acad. Chir.* 87: 619, 1961.
23. NAUNYN, B. Klinik der cholelithiasis. Leipzig, 1892.
24. PATEL, J., ROBIN, B. Hémobilie et hemocholecyste aigu para cancer de la vesicule. *Presse Med.* 76: 577, 1968.
25. PETRIN, C. Emobilia massiva in corso di carcinoma e litiasis della colecisti. *Chir. Ital.* 18: 770, 1966.
26. PRADERI, R. Hemoperitoneo espontáneo en el hombre. Montevideo 1959; Tesis.
27. PRADERI, R., PRADERI, L. Hemoperitoneo por perforación de neoplasma de vesícula biliar. *Bol. Soc. Cir. Ur.* 34: 110, 1963.
28. PRADERI, R., ZERBINO, V., CARITAT, R., GRAVINA, S. Ictericia obstructiva por hemobilia neoplásica, en un hígado bilobulado. *Rev. Cir. Urug.* 35: 169, 1965.
29. PRADERI, R. C., CURUCHET, E., ARMAND UGON C. Aneurisma de arteria hepática abierto en vías biliares. *Rev. Cir. Urug.* 38: 32, 1968.
30. SANDBLOM, P. Hemorrhage into the biliary tract following trauma. "Traumatic Haemobilia". *Surgery.* 24: 571, 1948.
31. SANDBLOM, Ph. Hemobilia. *Ch. Thomas.* Springfield. 1972.
32. SHAMBAUGH, P., SHREERAM, V. Common duct hemorrhage because of stones. *Amer. J. Surg.* 103: 274, 1962.
33. STHAL, W. Gastro-intestinal tract hemorrhage due to gallbladder disease. *New Eng. J. Med.* 260: 471, 1959.
34. STEFFEE, C., BIGELOW, R., DUNNING, E., MOCK, G. Abdominal colic and hematemesis associated with gallbladder hemorrhage. *Am. J. Surg.* 107: 781, 1964.
35. STUCKE, K. Hämobiliäres syndrom. *Chirurg.* 32: 178, 1961.
36. SVENSSON, A., WIKSTROM, S. Haemoperitoneum and Haemobilia in gallstone disease. *Acta Chir. Scand.* 133: 169, 1967.
37. TON THAT THUNG, NGUYEN DUONG QUANG, TROUNG CAM CONG, SCHMASS, A. Die tropische hémobilie. *Bruns Beitr. Klin. Chir.* 213: 226, 1966.
38. VARELA, N. Hemoperitoneo espontáneo. *Cir. Uruguay.* 41: 325, 1971.
39. VIDGOFF, I., LEWIS, A. Acute hemorrhage from aberrant pancreatic tissue in the gallbladder. *Calif. Med.* 94: 317, 1961.
40. VOROBIOFF, S., BENETTI, P., BUSNELLI, L. Hemobilia por Hemocolecisto. *Prensa Méd. Arg.* 50: 2905, 1963.
41. ZEDERFELDT, B. Hemobilia as a cause of massive gastrointestinal hemorrhage. *Acta Chir. Scand.* 133: 165, 1967.