

CLASE DE ANATOMÍA, SEMIOLOGÍA CLÍNICA Y TERAPÉUTICA QUIRÚRGICA EN PATOLOGÍA DE HIGADO Y VIAS BILIARES

El hígado está situado en la parte superior del abdomen, pesa aproximadamente 1500 gs en el cadáver y 500 gs más en el vivo; se mantiene en su posición por la vena cava inferior y venas suprahepáticas, ligamento coronario y ligamentos triangulares, ligamento redondo y suspensorio.

Forma

Puede ser comparado a un ovoide de eje mayor transversal al que se le saca la parte inferior mediante una incisión oblicua.

Cara anterosuperior

Dividida por el ligamento suspensorio en dos lóbulos, derecho e izquierdo; está en Relación con el diafragma y por medio de este con el corazón y las pleuras. Por arriba su borde superior se proyecta a la altura de la quinta costilla en la espiración, por abajo rebasa el reborde de las costillas falsas en una medida variable, durante la inspiración.

Cara posteroinferior

Cóncava, En ella se reconoce un surco izquierdo formado por el resto embrionario de la vena umbilical y el cordón fibroso del conducto venoso de Arancio.

Surco derecho formado por la vesícula biliar y la vena cava.

Surco transverso: da entrada al pedículo hepático, es el hilio del hígado. Divide la cara inferior en lóbulo cuadrado, lóbulo caudado, lóbulo derecho y lóbulo izquierdo.

El lóbulo derecho tiene 3 facetas: Cólica, renal y suprarrenal.

Lóbulo izquierdo: Gástrica.

Borde anterior

Delgado, cortante, en relación con las falsas costillas derechas, el hueco epigástrico y la sexta



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

o séptima costilla izquierda; tiene dos escotaduras, una, la de la vesícula biliar y otra la del ligamento suspensorio.

Borde posterior

En Relación con el diafragma, columna vertebral (escotadura), vena cava, aorta, esófago. A nivel del borde posterior se inserta el ligamento coronario.

Extremidad derecha

Voluminosa y convexa, en ella se inserta el ligamento coronario, formando el ligamento triangular derecho.

Extremidad izquierda

Delgada y aplanada, se extiende sobre la tuberosidad mayor del estómago, está sujeta al diafragma por el ligamento triangular izquierdo.

El hígado está cubierto por una cubierta fibrosa, la cápsula de Glisson, membrana delgada y transparente.

El peritoneo que lo cubre, además de los medios de fijación forma el ligamento gastrohepático o epiplon menor.

Vasos

Vena porta y sus ramas.

Arteria hepática, rama del tronco celíaco.

Vía biliar extrahepática

Conducto hepático

Nace en el hilio, de la convergencia biliar superior por la unión de los dos hepáticos, derecho e izquierdo; recorre el epiplon gastrohepático por delante y a la derecha de la vena porta; mide 5mm de diámetro y 3 cm de largo, término medio.

Vesícula biliar

Receptáculo membranoso y piriforme, puede llegar a medir hasta 10 o más cm de largo, puede contener por distensión hasta 200 cc de bilis.

Conducto cístico

Tortuoso y fino de aproximadamente 30 mm de largo.



Esta obra está licenciada bajo una

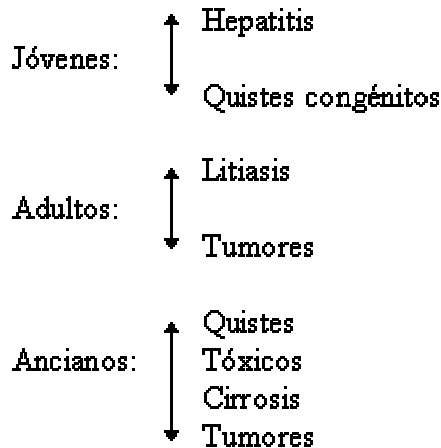
[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

Colédoco

Supraduodenal, retroduodenal, pancreático e intraparietal. Largo: 6 a 8 cm, diámetro: 4 a 10 mm, desemboca en la ampolla de Vater en la segunda porción del duodeno.

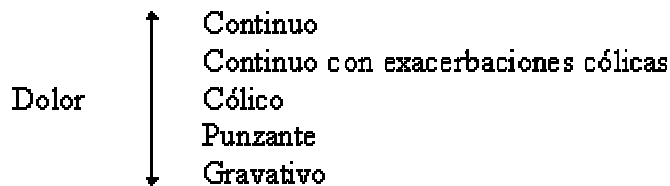
SEMILOGIA DEL HIGADO Y VIAS BILIARES

Edad



Sexo: Litiasis y discinesias, predominantemente femenino

MOTIVO DE CONSULTA



Determinar fecha de comienzo de los síntomas y duración.

Determinar forma de comienzo, brusca o lenta.

Sitio de dolor y mayor intensidad.

Hora del dolor: diurno, nocturno, Relación con la ingesta, sobre todo con grasas Irradiación: Al hombro homolateral, irradiación en tirante, etc. Posiciones antiálgicas

Náuseas: productivas o improproductivas



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

Vómitos: Acto reflejo por el que se elimina el contenido gástrico, activa y violentamente por la boca.

Biliosos, alimenticios, porraceos, hematemesis, ácidos, acuosos.

Ictericia: $\begin{array}{c} \uparrow \\ \text{Flavínica} \\ \text{Rubínica} \\ \downarrow \\ \text{Verdínica} \end{array}$

Coluria

Acolia

Prurito

Fiebre:

Colecistitis

Colangitis

Hepatitis

Distensión postprandial

Eructos

Pesadez

Rubicundez

Cefaleas

Intolerancia a colecistokinéticos

Astenia

Anorexia



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

ANTECEDENTES DE LA ENFERMEDAD ACTUAL

Averiguar: fecha de iniciación de los síntomas, si hubo cuadros anteriores similares, Relación con la ingesta de comidas, contactos con hepatíticos, inyectables, tóxicos (pintores, plomo, TNT, mercurio, arsénico)

ANTECEDENTES PERSONALES FISIOLÓGICOS

Higiene, vivienda, antecedentes profesionales (enfermeros, médicos), tóxicos, convivencia en grupos, hábitos alimenticios, alcohol, berro (fasciola hepática), anticonceptivos orales, cloacas, agua corriente, agua de pozo, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLÓGICOS

Contacto con hepatitis, inyectables, sueros, transfusiones, hidatidosis, "diátesis urática", amibiasis, esquistosomiasis, aflatoxina (aspérgilus flavus)

ANTECEDENTES QUIRÚRGICOS

Operaciones sobre el aparato digestivo y vías biliares, vagotomías, etc.

ANTECEDENTES HEREDITARIOS

Litiasis biliar por trastornos metabólicos de lípidos y de pigmentos. Carcinoma de hígado y vías biliares, quistes congénitos de vías biliares como precursores de carcinoma de vías biliares. Enfermedad de Gilbert: Hiperbilirrubinemia crónica ligera, menor de 3 mg % Crigglér Najjar: Gran ictericia por déficit de glucuronil transferasa, el tipo II es más benigno, disminuye la ictericia al administrar fenobarbital.

Dubin Johnson: aumento de la bilirrubina directa, ictericia intermitente, trastorno de la excreción por parte del hepatocito de aniones orgánicos, entre ellos bilirrubina.

Síndrome de Rotor: Semejante al Dubin Johnson, sin pigmentos en los hepatocitos Colestasis intrahepática familiar recurrente benigna, enfermedad de Summerskille: Episodios de 3 o 4 meses, con anorexia, pérdida de peso, fosfatasa alcalina elevada, bilirrubina directa elevada, transaminasas elevadas.



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

EXAMEN FISICO

INSPECCION

Ictericia;

flavínica: B.D. normal, B.I. elevada

Verdínica: B.D. elevada, B.I. normal

Rubínica: B.D. Normal o elevada, B.I. elevada

Ictericia con tonalidad bronce o negro, en algunas formas crónicas donde existe bilirrubina que impregna los tejidos y pigmento melánico por la irritación prolongada.

Ver conjuntivas y lugares de presión, en la palmas de las manos, la región tenar.

Telangiectasias, rubíes, circulación colateral

Retracción palmar de Dupuytren

Eritema palmar: Por dilatación vascular, predominante en región tenar e hipotenar

Edemas, ascitis, vientre batraciforme o en obus.

Tumoración en H.D., hepatomegalia.

Asimetría en caso de quistes hidatídicos hepáticos o metástasis o producida por hidropesía vesicular

Vello pubiano de distribución ginecoide, atrofia genital en el hombre, signos de rascado por prurito, estrías, ginecomastia, equimosis, gingivorragias, epistaxis

Flapping tremor en la insuficiencia hepática.

PALPACION

Se comienza en fosa ilíaca derecha y se termina en hipocondrio derecho Manos cálidas

Se efectúa primero palpación superficial, se detectan hepatomegalias, hiperestesias, cambios en el tono muscular.

Luego se realiza la palpación profunda:

I Borde hepático:

- cortante o romo
- nodular o liso, mov. respiratorios
- consistencia, dolor provocado, dolorabilidad, tamaño



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

II Vesícula biliar

- a. Aumentos de tamaño y sus desplazamientos, signo del badajo de campana, Ley de Curvoisier Terrier
- b. puntos dolorosos

III Zonas dolorosas de las vías biliares, puntos.

I Palpación del hígado: Normal, hasta 1 cm por debajo del reborde costal, paciente en decúbito dorsal, con o sin almohada debajo de las rodillas, cabeza ligeramente elevada con una almohada, medico a la derecha, manos tibias

Palpación superficial, Método de Gilbert: para hígados duros y de tamaño aumentado: Manos en ángulo de 45°, la derecha paralela y por fuera del recto anterior del abdomen, con las puntas de los dedos hacia arriba.

Palpación profunda:

Método de Mathieu o del enganche. Método de Chauffard: Del peloteo, mano izquierda en región costomuscular, mano derecha percibe el borde.

Palpación de Sir William Osler: Con las puntas de los dedos dirigidos a la axila izquierda

Método de Glenard: Mano izquierda en la región lumbar derecha del paciente, con la derecha deprime el abdomen, llevando las vísceras abdominales hacia el compartimiento superior. Con el pulgar izquierdo deprime el flanco derecho por debajo del reborde costal. Palpa el hígado en inspiración con el pulgar deslizándose de arriba a abajo y de fuera adentro.

Método de Brugsch: pone la mano izquierda hacia arriba y el pulgar izquierdo hacia adentro, palpa por enganche con la mano derecha.

Palpación por empuje: signo del tímpano, en la ascitis.

La palpación permite delimitar el borde hepático, determinar si es cortante o romo, regular o irregular.

Determinar consistencia: duro, blando, renitente.

Determinar superficie: lisa o nodular y a su vez si es micro o macro nodular, si los nódulos son únicos o múltiples.

Determinar sensibilidad.



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

II - Palpación de la vesícula biliar

Punto cístico: doloroso, en la unión del reborde costal derecho y borde externo del recto anterior del abdomen.

Signo de Murphy: Interrupción de la inspiración por aparición de dolor brusco a la palpación del punto cístico. Maniobra de Murphy: Paciente sentado en la cama, médico sentado detrás de este y a su derecha; levanta sus brazos y el examinador pasa los suyos poniendo las manos en el punto cístico. Hace una inspiración y al profundizar nuestros dedos se detiene la inspiración.

Maniobra de Pron: Colocados ambos pulgares por debajo del arco costal derecho, en el punto cístico, al hacer la inspiración, se corta por dolor.

Maniobra de Chiray: Paciente en decúbito lateral izquierdo, con los muslos flexionados sobre la pelvis. El examinador situado detrás del mismo hunde la mano derecha debajo del reborde costal derecho, se provoca dolor a la inspiración.

Maniobra de Moynihan: Paciente en decúbito supino, examinador a la derecha, se explora con el pulgar, dolor a la inspiración.

III.-Zonas dolorosas de las vías biliares.

Puntos

Punto cístico: doloroso, en la unión del reborde costal derecho y borde externo del recto anterior del abdomen.

Zonas hiperestésicas y dolorosas de Head

Corresponden en región frontal y dorsal a áreas de distinta sensibilidad que se distribuyen desde la columna dorsal o desde el epigastrio. Corresponden a patología vesicular.

Zona pancreático-coledociana de Chauffard

Angulo correspondiente al interno, creado por la bisectriz de un ángulo formado por la línea media en su unión a nivel de ombligo con una transversal. Corresponde a procesos dolorosos de la cabeza del páncreas y litiasis coledociana.

Punto de Preioni

A 2 dedos sobre el ombligo, algo a su izquierda, constante en procesos agudos pancreáticos.

PERCUSION

Se realiza desde torax, se comienza en 2º o 3er espacio intercostal, en 5º espacio comienza submatidez y en el 6º, la matidez. Los abscesos subfrénicos y los quistes hidatídicos aumentan



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/arg/)

la matidez hacia arriba, se percute siguiendo la línea hemiclavicular y laterales. El neumotorax o el enfisema descienden el límite superior percutorio.

Percusión de ascitis:

En los flancos y fosas ilíacas, en forma radiada, con centro en ombligo, diferenciar en hipogastrio con vejiga retencionista, mioma y quiste de ovario.

Maniobra de percusión y palpación combinada en ascitis: para detectar onda líquida, se coloca una mano en la línea media, con otra se percute en el flanco derecho y el ayudante percibe onda líquida en el otro flanco cuando hay ascitis.

Percusión de bazo: en posición de Shuster, decúbito lateral derecho, algo inclinado en sentido dorsal, se percute suavemente siguiendo las costillas o los espacios intercostales, el eje mayor corresponde aproximadamente. a la 11a costilla.

AUSCULTACION

Soplos arteriales: aneurismas de la hepática.

Soplos venosos: por hipertensión portal, síndrome de Crouvillier Baumgarten. Frotos por abscesos o por despulmientos después de biopsia hepática.

MISCELANEAS Espacio Semilunar de Traube

Forma de casquete o semiluna.

Parte anterior izquierda de la base del tórax: Sonoridad timpánica aguda de estómago vacío, ausencia de murmullo vesicular y vibraciones vocales.

Límite inferior el reborde costal, límite superior y externo el reborde de la tuberosidad mayor.

Triángulo de Labbe

Corresponde a la parte inferior de la cara anterior del estómago. Borde externo es el reborde costal, borde interno corresponde al hígado, borde inferior es la curvatura mayor gástrica.

PRACTICAS COMPLEMENTARIAS

PRUEBAS DE LABORATORIO

Citológico: Anemia,

Leucocitosis

↑ Neutrofilia: agudo
↓ Linfocitosis: crónico



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

Eritrosedimentación acelerada

Glucemia

Uremia: falla hepato-renal

Creatinina

Colesterol: Elevado en las obstrucciones, baja en las insuficiencias hepáticas, descienden antes los ésteres

Fosfatasa alcalina, TGP TGO, Gamma glutamil transpeptidasa, 5 nucleotidasa, Leucilaminopeptidasa, Bilirrubinemia

Orina completa: pigmentos y sales biliares

Proteinograma por electroforesis. Albúmina baja en la falla hepática.

Tiempo de protrombina, Tiempo de hemorragia y coagulación

Estercobilina aumentada en las hemólisis.

Urobilinuria aumentada en las hemólisis (por mayor producción de bilirrubina), también cuando hay un tránsito intestinal prolongado y en la invasión bacteriana del intestino delgado. Urobilinuria disminuida, cuando hay menos pasaje de bilirrubina al intestino (colestasis intra o extra hepática). También un descenso de la urobilinuria se puede producir en caso de tránsito intestinal acelerado.

En las hepatitis aumenta al principio, luego disminuye pues se produce menos bilirrubina directa, que se excreta al duodeno y aumenta al final, cuando se recupera la función excretora.

Alfa Fetoproteína muy elevada en los hepatomas: VN < 10 ng/cm³, en hepatomas > 300 ng/cm³.

Ante una hepatitis probablemente B se debe investigar el antígeno de superficie: HBSAg y el anticuerpo anticore, HBCAc(central). Al HBS se lo conoce también como antígeno australiano. En la hepatitis B activa, es positivo el anticuerpo contra el antígeno "e" de la hepatitis B.

Actualmente se investigan también anticuerpos específicos de la hepatitis A(IGM e IGG), de las hepatitis C,D,E, anticuerpos de la Hepatitis por virus de Epstein y Bar (tempranos y tardíos) y de la Hepatitis por Citomegalovirus

Pruebas funcionales:

Test de Bromosulfonftaleína, VN Retención < 5% a los 40 minutos

Test de Caroli: Que valora la rapidez de eliminación de bromosulfonftaleína por la vía biliar, mediante sonda duodenal, normalmente comienza a eliminarse a los 20 minutos de una inyección EV. En las hepatitis se acorta, en las obstrucciones de la vía biliar se alarga.

Prueba de la galactosa: Se administran 40 gs de galactosa oral en ayunas en 400 ml de agua,



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

se recoge orina por 4 hs, la eliminación normal es menor de 3 gs pues el hígado normal la convierte en glucosa

Sondeo duodenal: Prueba de Meltzer Lyon y Tiempos de Varela Fuentes. (este es un dato histórico, que se daba como prueba a realizar en la década de 1970 y 80. Actualmente no presenta interés)

Sonda semirrígida de Camus o de Einhorn, provista de un extremo visible a los Rx. Se coloca en 2a porción de duodeno. Obtención al aspirar con la jeringa, de un líquido transparente, algo viscoso, de color y aspecto parecido al aceite de oliva. Se recogen unos ml para el análisis (Bilis A). A continuación se instilan 50 ml de sulfato de magnesio al 33 %, que cierra el píloro, relaja el Oddi y estimula la contracción vesicular, Se aspira nuevamente el líquido con la misma jeringa. Después de 5 a 10 minutos, de manera brusca comienza a fluir un líquido transparente, de color pardo oscuro mucho más pigmentado que la bilis anterior, esta es la bilis B , de la que se expulsan 20 a 50 ml.

Después fluye de sonda un líquido amarillo pálido mezclado con líquido gástrico, que lo enturbia, bilis C. En bilis A y B se realizaban estudios bioquímicos microscópicos y bacterianos.

DIAGNOSTICO POR IMÁGENES

Rx. directa de abdomen, de escaso valor, solo para imágenes cálcicas; signo de Simón en colecistitis gangrenosas.

Imágenes de asas intestinales dilatadas en el ileo biliar, que es un ileo mecánico u obstructivo producido por el pasaje de un cálculo a intestino delgado por una fístula colecisto yeyunal, o colecisto-duodenal.

Colecistografía oral: No se realiza más, sus resultados eran aleatorios y actualmente no está accesible en el mercado ningún medio de contraste que permita realizarla.

Colangiografía E.V.: No se hace actualmente, pues no existe el medio de contraste en el mercado. Por otra parte era un estudio de resultados aleatorios, con difícil visualización de la vía biliar extrahepática.

Ecografía: Actualmente es el primer estudio que se pide pues no está limitado por la elevación enzimática, bilirubinemia o cuadro agudo.

T.A.C.: Es un método de alta resolución más costoso; detecta aún pequeños tumores pediculares o lesiones intraparenquimatosas.

R.M.N.: Más costoso que el anterior, pero aun de mayor resolución, actualmente ha incrementado sus indicaciones para la visualización nítida de lesiones intraductales y



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/arg/)

parenquimatosas, llegando hasta tal punto en su aplicación, que en centros especializados de cirugía hepatobiliar se considera como innecesario la instrumentación de la vía biliar por endoscopia, salvo que ya se haya demostrado litiasis coledociana.

Colangiopancreatografía endoscópica retrógrada: Ideal para aclarar obstrucciones pediculares o hiliares, sin vía biliar dilatada, también cuando se estudian obstrucciones biliares en pacientes con coagulopatías o en ascitis graves. Como es útil para evaluar el duodeno y la zona ampular, facilita el diagnóstico de tumores periampulares y pancreatitis crónica, permite además biopsias y en casos especiales y citología por cepillado.

Método invasivo: es la colangiografía trans-parietohepática C.T.P.H., en obstrucciones, preferiblemente después de una ecografía que de indicios de una vía biliar dilatada, permite además la degravitación de la vía biliar e incluso la colocación de catéteres. Método de Molnar. La C.T.P.H fue el inicio para llegar a la descompresión de la vía biliar intra y extrahepática, mediante catéteres (stents), o prótesis expansibles que se usan en la actualidad por vía percutánea o por vía endoscópica.

La C.T.P.H. requiere protrombina con valores superiores al 70 % o sinó debe prepararse al paciente mediante vitamina K por vía parenteral.

Gammagrafía de hígado y vías biliares: con imino diacético (macromolécula) HIDA y ^{99}Tc , en 15', 20', 40' y hasta en 20 Hs, en casos de pasaje retardado.

También se puede hacer con ^{189}Au coloidal, bromosulfaleina marcada con ^{131}I , o con polivinilpirrolidona marcada con ^{113}In , o verde de indocianina marcado con ^{113}In . También este método por imágenes, ha reducido sus indicaciones, con el avance de otros métodos tales como la colangiografía magnética nuclear.

Arteriografía selectiva con catéter de Seldinger, permite en ocasiones realizar diagnóstico diferencial entre quistes y tumores. También tiene su indicación para definir la anatomía vascular intrahepática, previo a una cirugía de resección y para valorar el compromiso vascular por tumores primarios y secundarios.

Laparoscopia, biopsia percutánea, biopsia laparoscópica y actualmente videolaparoscópica.

Terapéutica médica del cuadro de colecistitis aguda:

Solo es una forma de tratamiento transitorio, salvo que el paciente, por razones inherentes a su riesgo, no pueda ser operado.

El paciente debe ser hidratado por vía parenteral, por la misma vía recibirá antibióticos y analgésicos. Es conveniente operar en los primeros días, pues sinó se produce un proceso adherencial que puede complicar la cirugía, si por cualquier razón se debiera posponer la misma, será conveniente esperar un tiempo prudencial, hasta la resolución del proceso flogósico que puede oscilar alrededor de los 60 días.



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

Terapéutica Quirúrgica

En algunos cuadros de colecistitis aguda con bloqueo de la convergencia biliar inferior, solo colecistostomía.

Lo ideal es la colecistectomía, se realiza la colangiografía intraoperatoria. Actualmente existe la opción de la colecistectomía videolaparoscópica. Si hay litiasis coledociana se realiza coledocotomía, litoextracción y cierre de la coledocotomía sobre tubo de Kehr. Esta operación ya se hace por vía laparoscópica. Aunque por esta vía, la exploración del hepatocolédoco se hace preferentemente por acceso transcístico. La vía biliar se evacua en estos casos mediante el uso de Sondas con canastilla de Dormia, que permiten a la vez que capturar los litos, contrastar la vía biliar para su visión colangiográfica y realizar la extracción de las litiasis coledocianas. Otro instrumento utilizado para este fin es la sonda balón para exploración biliar.

Para realizar exploración de la vía biliar por vía laparoscópica, es conveniente contar con un aparato de radioscopia dinámica, de los denominados Arco en C, con baja emisión controlada de rayos x; contar además con un coledocoscopio de fibra óptica, con canal operativo para la sonda de Dormia o el balón.

Por otra parte el equipo de cirujanos debe ser entrenado en resolver estos problemas biliares y capaz de realizar suturas de la vía biliar por vía laparoscópica, en caso de requerirse dejar un drenaje con tubo de Kehr.

Si hay litiasis papilar, hallada durante una colecistectomía, que resulta imposible de extraer desde una coledocotomía por estar impactada, se realiza papilotomía transduodenal, esta es una operación que requiere de una movilización del duodeno-páncreas (Maniobra de Kocher).

Actualmente existe la opción de la papilotomía endoscópica, que estaría indicada en casos de litiasis coledociana residual (postcolecistectomía), en caso de litiasis papilar impactada que no se pudo resolver quirúrgicamente y aún como tiempo previo a colecistectomía laparoscópica, si se detecta la litiasis en la vía biliar principal. Este procedimiento requiere la opacificación de la vía biliar, mediante una colangiografía endoscópica retrógrada y se realiza con control radioscópico

Si hay vía biliar dilatada y estenosis orgánica, o funcional marcada, en pacientes añosos, se realiza colédoco-duodeno-anastomosis. En las litiasis vesiculares colesterínicas se intenta realizar su destrucción con ácidos biliares como el ursodesoxicólico. También se intenta tratamiento con ondas ultrasónicas extracorporeas.

En los tumores hepáticos se realizan hepatectomías derechas o izquierdas simples o ampliadas.

En los tumores de la vía biliar, resecciones hepáticas que comprenden lóbulos, sectores o



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

segmentos, asociadas a resecciones parciales, segmentarias, de la vía biliar y anastomosis con yeyuno, calibrados o no con tutores multiperforados.

En los tumores irresecables de la vía biliar principal o de la vesícula biliar, se puede intentar realizar intubación trans-tumoral trans hepática, realizadas por vía laparotómica, percutánea o endoscópica y en ocasiones, solo la simple descompresión percutánea trans-hepática de la vía biliar dilatada supratumoral.

Actualización

En la profilaxis de la hepatitis B, se realiza la vacunación con tres dosis a los integrantes de los grupos expuestos, entre los que se halla el personal de salud.

En el tratamiento de las hepatitis virales tipo C crónicas, se estableció que aquellos que respondieron al primer curso de terapia con Interferón, responderían a un segundo curso. Pero la mayoría de los pacientes están expuestos a una reactivación finalizado aquel, habiéndose observado que los cambios mutacionales en el genoma del HCV, que lleva al desarrollo de quasiespecies, puede ser la causa de la recidiva.

La dosis utilizada puede tan solo suprimir la replicación viral, pero al final del tratamiento el virus podría permanecer en el hígado o en sus reservorios extrahepáticos. El interferón alfa se utiliza en dosis que varían de 1.500.000 Unidades a 10.000.000 de Unidades en períodos de 3 meses en dosis progresivas. El Consensus Interferón es un nuevo Interferón tipo I, que permite la administración de dosis más altas, de 3 a 15 millones de unidades 3 veces por semana durante 6 meses , con una respuesta durable, con negatividad persistente del HCV RNA en suero de los pacientes.

Colangitis o Colangiopatía autoinmune. Esta entidad clínica pertenece al grupo de las enfermedades hepáticas colestáticas de probable origen autoinmune, comparte características clínicas con la Cirrosis Biliar Primaria, pero presenta anticuerpos antinucleares positivos, antimitocondriales negativos. La colangiopatía autoinmune responde en mayor medida a los inmunomoduladores y al ácido ursodesoxicólico que la CBP.

TRAUMATISMOS HEPATICOS

El hígado pese a estar protegido por las costillas, sufre en muchas ocasiones los traumatismos directos o por contragolpe.

Frecuencia: es la víscera que más frecuentemente se ve lesionada después del bazo.

Etiología

Traumatismos cerrados: producidos por accidentes de automóviles, agresiones con objetos romos, coz de caballo.



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/arg/)

Traumatismos abiertos: Producidos por armas blancas, vidrios, chapas, o por armas de fuego.

Clasificación anatomopatológica

Ruptura con desgarro

Ruptura subcapsular

Ruptura central

Estallido: producidas generalmente por proyectiles de alta velocidad.

MANIFESTACIONES CLINICAS:

El derrame de sangre en la cavidad peritoneal produce síntomas de:

Shock hipovolémico.

- Hipotensión
- Taquicardia
- PVC baja
- Débito urinario disminuido

Iritación peritoneal

- Distensión
- Contractura

Laboratorio

- Leucocitosis, Descenso del Hematocrito.
- Hiperbilirrubinemia ligera

Radiología

- Fracturas costales
- Hepatomegalia
- Diafragma elevado
- Banda opaca, ancha en parietocólico derecho



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

Ecografía: Líquido en cavidad

Centellografía: Hematoma central

TAC: Revela las lesiones hepáticas y de órganos vecinos

TRATAMIENTO

Laparotomía: detener la hemorragia

Sacar el tejido hepático desvitalizado

Tratar el shock y las lesiones torácicas previamente a la operación

Dejar drenajes en cavidad

Ante una hemorragia arterial o venosa se prefiere realizar una ligadura directa en lugar de puntos de colchonero pues estos producen necrosis adicional de tejidos y el riesgo de hemobilia o abscedación.

LESIONES DE LAS SUPRAHEPATICAS

Producen rápidamente shock, debe buscarse mediante una amplia exposición el sitio de sangrado, comprimir con compresas hasta poder hacer una sutura adecuada de la o las venas lesionadas, debe hacerse en estos casos un muy rápido aporte de volumen.

LESIONES DE LA VENA PORTA

Requieren de sutura directa, prótesis, o cortocircuitos con el sistema de la vena cava.

Complicaciones: Sepsis, Hemorragias secundarias, abscesos

RUPTURA ESPONTANEA DEL HIGADO

Etiología: Toxemia del embarazo, tumores, quistes, fiebre tifoidea, arteritis obliterante. La ruptura del hígado en recién nacidos está relacionada a sobrepeso y a partos difíciles

HEMOBILIA

Se produce por comunicación anormal entre un vaso sanguíneo y el árbol biliar

Etiología: Traumatismo u operación

Síntomas:

- Dolor cólico
- Hemorragia digestiva
- Ictericia intermitente

Diagnóstico por imágenes:



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

- Ecografía, centellografía
- Arteriografía
- RMN

Tratamiento:

- Resección de la Lesión
- Ligadura de la rama
- Segmentectomía



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/argentina/)

Bibliografía

Alvarez Rodríguez J.E. Procedimientos invasivos no quirúrgicos en patología abdominal aguda. Relato Oficial del 66º Congreso Argentino de Cirugía. Revista Argentina de Cirugía N° Extraordinario. Buenos Aires 1995

Ferraina P., Oria A. Cirugía de Michans. Librería- Editorial El Ateneo. 5ª Edición. Reimpresión. Buenos Aires. Argentina. 1999.

Fontana J.J. Adelantos en el diagnóstico y tratamiento de la patología biliar benigna. Relato Oficial del 60º Congreso Argentino de Cirugía. Revista Argentina de Cirugía N° Extraordinario. Buenos Aires 1989.

Giffoniello, A.H. Temas de Patología Quirúrgica. Tomo 6. Afecciones del hígado, vías biliares y bazo. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Córdoba. Librerías Montenegro. Córdoba. 1991

Sanguinetti, L.V. Semiología, Semiotecnia y Medicina Interna. Cuarta Edición. López Libreros Editores. Buenos Aires. 1983.

Schwartz S.I. Shires G.T. Spencer F.C. Principios de Cirugía 5ª Edición. Interamericana . Mc Graw – Hill Traducida de la 5ª edición en inglés 1989. Impreso 1991 en México D.F.

Stein J.H. Medicina Interna. Tomo I. Salvat Editores S.A. Tercera Reimpresión. Barcelona. España 1984.

Testut, L. Latarjet, A. Tratado de Anatomía Humana. Novena Edición. Salvat Editores S. A. Barcelona. España. 1958.

Viaggio, J.A. Defelitto J.R. Hepatectomías. Relato Oficial del 54º Congreso Argentino de Cirugía. Revista Argentina de Cirugía N° Extraordinario. Buenos Aires 1983.

Zuidema G. Shackelford. Cirugía del Aparato Digestivo. Tomo III. 3ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Bs. As. Argentina. 1997.



Esta obra está licenciada bajo una

[Licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Compartir Obras Derivadas Igual 2.5 Argentina.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/arg/)