

Sobre Clasificación de las Ictericias

Por el Dr. Héctor Dncri C. "Revista

Médica de Chile", diciembre de 1946

El término ictericia tuvo su origen en el griego icterus, nombre dado de acuerdo con Aretea a un pequeño carnívoro de ojos amarillos. El síntoma fue reconocido, como es fácil suponerlo, desde tiempos muy remotos y así Hipócrates lo menciona con frecuencia, aunque en general como complicación de otras afecciones.

Galeno, fue talvez el primero en enunciar que cuando la bilis se disemina por el organismo, aún conservando su naturaleza propia, determina una enfermedad llamada ictericia. Areteo, por su parte, describió en forma acabada el mecanismo de producción de la ictericia por impedimento mecánico del flujo biliar al intestino. Debemos, sin embargo, llegar a Sylvius de le Boe para que comiencen a plantearse problemas doctrinarios sobre el origen del síntoma que nos ocupa y con ello se inicien los intentos de clasificación; este autor pudo observar en algunos casos en que practicó autopsia, la falta de obstrucción biliar.

Saunders reconoce este hecho al decir: "Hay sin embargo, algunos casos que nos inclinan a creer que la ictericia puede existir, aún cuando los canales biliares estén permeables y libres." A pesar de ello, cree indispensable una reabsorción de la bilis después

actos de beneñencia. Aquí radica la esencia de su mérito, sin que la relatividad de los valores postergue a ninguno en su derecho a la gratitud pública en todo aquello que la merece.

En el navio que cruza las procelosas aguas del océano, desafiando probables tempestades, no carece de valor decisivo ni siquiera la obra muerta de su construcción sin la cual flotaría a la deriva expuesto a estrellarse en el primer escollo de la ruta.

Del mismo modo, en las labores de una agrupación progresista se evalúa la acción del conjunto, traducido en hechos tangibles, quedando el mérito individual en la honra de pertenecer a ella.

Los que por razones de orden profesional estamos al margen de sus actividades, lo menos que debemos hacer en nuestra condición de ciudadanos es contribuir a encarecerlas ante el público con nuestra sincera voz de aliento.

Francisco Várela M.

(Tomado de la revista "Tegucigalpa")

Tegucigalpa, D. C, 6 de abril de 1947.



que ha sido eliminada y critica la concepción de autores como Boerhaave y Morgagni quienes consideran a la ictericia como determinada, en ocasiones, por una falta de secreción.

De acuerdo con Thomson y con Budd, la ictericia puede deberse: 1) a una falta o escasez de secreción biliar por parte del hígado y 2) a una regurgitación por pasaje impedido al tracto digestivo. Murchison es menos explícito y distingue ictericias resultantes de una obstrucción, del colédoco e ictericias independientes de aquella.

Harley hace una dura crítica a la concepción patogénica de las ictericias enunciadas por Frerichs quien introducía dos nuevos conceptos: circulación sanguínea disminuida a nivel del hígado y descenso en el consumo de bilis en el torrente circulatorio; Harley apoya decididamente las ideas de Budd.

Estas diversas opiniones, no hacían sino reflejar la dificultad existente para establecer una clasificación de los cuadros ictericos que fueron tanto fisiopatológica, como clínica.

Sería inútil referirse a los muchos esquemas propuestos, la mayoría de los cuales se encuentran analizados en diversos textos. Baste sólo recordar que Eppinger, por ejemplo, se limita a distinguir ictericias derivadas de una retención biliar mecánica, independientes de ella; y que Lichtman no adopta ninguna clasificación.

Nos detendremos sólo a considerar los cuatro intentos de ordenación de los cuadros ictericos, que han tenido una mayor repercusión en la literatura médica.

El primero de ellos se debe a van den Bergh, quien distingue: 1) ictericias mecánicas y 2) ictericias dinámicas, en el primer grupo se engloban aquellas que dependen de una obstrucción biliar y en el segundo, las que obedecen a otras causas. Esta clasificación tiene el inconveniente de comprender bajo la misma denominación, de ictericia dinámica, cuadros que no sólo tienen una patogenia diferente, sino que representan problemas diagnósticos y terapéuticos absolutamente opuestos. Por lo demás, está basada exclusivamente en el tipo de reacción de van den Bergh.

La clasificación que ha tenido mejor acogida entre los clínicos y que se utiliza corrientemente entre nosotros, es la propuesta por McNee. Este distingue: 1) ictericias hepáticas obstructivas, 2) ictericias hepáticas tóxicas e infecciosas y 3) ictericias hemolíticas. Como puede fácilmente observarse, esta clasificación reúne criterios patogénicos junto a otros 3 etiológicos. Por otra parte, no engloba ciertos cuadros actualmente bien definidos y a los que nos referimos luego y es incompleta en lo que se refiere al segundo grupo.

Tratando de transformar el esquema de McNee, en uno derivado totalmente de un concepto patogénico, algunos autores han cambiado el nombre de ictericias hepáticas tóxicas e infecciosas, por el de ictericias hepatocelulares. Esto que indudablemente significa un progreso, no soluciona definitivamente el asunto ya que siempre quedan englobadas dentro de este rubro cuadros que como

veremos luego, no corresponden en realidad a una agresión de la célula hepática misma. En todo caso se conserva el error de dejar excluidos algunos cuadros de existencia indudable, corno la llamada colemia familiar.

Rich ha resucitado la distinción entre ictericias obstructivas y no obstructivas. Basándose puramente en un concepto patogénico, apoyado por ciertos elementos de laboratorio como la reacción cualitativa de van den Bsrgh, Rich distingue: 1) ictericias por retención y 2) ictericias por regurgitación.

La ictericia por retención, caracterizada por hiperbilirrubinemia con reacción directa de van den Bergh negativa, aumento del urobilinógeno en las deposiciones y falta de pigmento biliar en la orina, se debería según Rich a la influencia combinada de una hiperproducción de bilirrubina y de una capacidad excretora hepática disminuida. Desde luego, podemos decir que hay ictericias con todos los atributos de lo que este autor llama retención y que sin embargo, no se dete a una producción exagerada de bilirrubina. Per otra parte, cuadros que indudablemente obedecen a una regurgitación, evolucionan en los primeros y últimos estadios, con bilirrubina de reacción directa negativa de van den Bergh no es suficientemente exacta, como para basai er; ella una clasificación y sobre su expresión cuantitativa, no se tiene aún suficiente experiencia.

La ictericia por regurgitación, de Rich, es determinada como su nombre lo indica por el reflujo de bilis al torrente circulatorio. Sus características de laboratorio son reacción de van den Bergh directa positiva, disminución del urobilinógeno fecal y biliu-ria. Ya hemos dicho, sin embargo, que ictericias típicamente re-gurgitativas pueden acompañarse en ciertos períodos de hiperbi-lirrubinemias con reacción directa negativa; por lo demás, es bien conocido el hecho que ciertas ictericias debidas a una obstrucción biliar se acompañan en algunos momentos de su evolución, de urobilinógeno fecal normal o elevado. Pero sin dudas el inconveniente principal del término regurgitación y de la clasificación de Rich considerada globalmente, es el que comprende dentro de este segundo grupo tanto las ictericias derivadas de una lesión hepática, como las que se originan en una obstrucción biliar. Esto no sólo complica la concepción patogénica, sino aue introduce serias defi-cultades en la individualización de la conducta terapéutica-Nos resta considerar la clasificación prepuesta recientemente per Várela Fuentes. Este autor distingue: 1) ictericias por hiperhemolisis y 2) ictericias por derivación bilio-sanguínea. Estos grupos en realidad corresponden a los ya enunciados por van den Bergh y a los de la clasificación de Rich. Ya hemos dicho que hay ictericias que en todo asemejan a las heniolíticas y que sin embargo, no se deben a una hiperdestrucción sanguínea. Por lo demás, el englobar en conjunto los cuadros determinados por agresión hepática y por obstrucción biliar, complica, como hemos dicho, los criterios patogénicos y terapéuticos.

A pesar de ello, es a nuestro juicio la clasificación de Várela Fuentes la que más satisface las exigencias de los conocimientos actuales. Ella divide las ictericias por derivación bilio-sanguínea en subhepáticas e intrahepáticas, es decir en obstructivas y no obstructivas. Además tiene el mérito de introducir por primera vez en un esquema, el concepto de ictericia intrahepática no derivada de una lesión celular.

Tiene la clasificación de Várela Fuentes el defecto de comprender los terminos hepatitis, de significado poco claro y no aceptado universalmente, y peri-hepatocítica, que no localiza la lesión en forma precisa.

Tratando de obviar los inconvenientes de las diferentes clasificaciones analizadas, hemos propuesto la que a continuación se expone. Ella no pretende repesar en conocimientos originales ni revolucionarios. Está sólo destinada a reunir los diversos cuadros ictericos en grupos que permita; una rápida orientación patogénica y terapéutica. Tiene sí el mérito de colocar el problema en forma sencilla, a tono con los conocimientos actuales.

ICTERICIAS

- | | |
|--------------------|-----------------------------|
| I.—PREHEPÁTICAS | 1) Hemolíticas |
| | 2) No hemolíticas |
| II.—HEPÁTICAS | 1) Hepatocelulares |
| | 2) Hepatocanaliculares |
| III.—POSTHEPÁTICAS | 1) Obstructivas completas |
| | 2) Obstructivas incompletas |

I.—Las ictericias prehepáticas comprenden a aquellas en que no existe una lesión anatómica demostrable a nivel del hígado. Ellas se derivan: 1) de que por exceso de destrucción sanguínea, hay una cantidad anormalmente grande de bilirrubina circulante, que el hígado no puede excretar o metabolizar; o 2) de que probablemente el umbral de excreción de la bilirrubina se encuentra ascendido y existe una acumulación de pigmento en el torrente circulatorio.

Estas ictericias prehepáticas se caracterizan por hiperbilirrubinemias con reacción de van den Bergh directa negativa, o mejor dicho por un valor relativamente bajo de bilirubina directa pronta, leída en un minuto.

El cuadro de la ictericia prübepática por hiperhemoísis, es suficientemente conocido y no insistiremos sobre él.

La ictericia prehepática que no obedece a un exceso de destrucción sanguínea, corresponde al cuadro que ha recibido diversos nombres de acuerdo con distintos investigadores y en el que la única anormalidad clínica es una hiperbilirrubinemia. Gilbert ha denominado a esta afección 'colemia familiar'; Meulengracht, "ictericia intermitente juvenil"; Resendaal y Comfort, "disfunción hepática constitucional"; Demeshek y Singer, "ictericia no hemolítica familiar", y Alwalí y cois., "bilirrubinemia hereditaria no hemolítica." Creemos que el nombre de ictericia prehepática no hemolítica, permite comprender la esencia del cuadro y no lleva a confusiones. Lo esencial es que se está en presencia de una hiperbilirrubinemia no derivada de una destrucción exagerada de sangre y que no se acompaña ni de insuficiencia hepática demostrable por las pruebas de laboratorio, ni de alteración histológica de la glándula. Este último punto ha sido puesto en evidencia por Roholm y colaboradores, y por Alwall.

II.—Las ictericias hepáticas son aquellas que se derivan de una agresión del órgano mismo. Es indispensable distinguir: 1) las que tienen como substrato anatómico fundamental, una alteración que radica en las células parenquimatosas y 2) las que obedecen a una lesión que respeta esas células y que asienta en los canalículos biliares.

Esta distinción es de la mayor importancia, ya que actualmente se sabe en forma definitiva que algunas ictericias originadas en el hígado mismo, no sólo se acompañan de insuficiencia hepática, sino que evolucionan con todos los atributos de una ictericia obstructiva. Estas características, que han sido demostradas en los cuadros ictericos que en ocasiones siguen a la terapia con arsenicales y tiouracilo, se observan también en ciertos casos que clínicamente deben catalogarse como hepatitis infecciosa.

Del conocimiento de este tipo de ictericia, ha nacido el término de obstrucción intrahepática, término que aparece inadecuado ya que se presta a confusiones. Algunos autores, generalizando, consideran como tal todos los cuadros que se acompañan de acolia de cierta duración, o que evolucionan durante un tiempo con cifras normales de urobilinógeno urinario, sin embargo; al proceder en esta forma indudablemente se exagera, ya que esos caracteres se observan corrientemente en ictericias por daño hepático celular.

Debemos reservar el nombre de ictericias hepatocelulares, para aquellas que, determinadas por una agresión de la glándula, se acompañan de signos de perturbación funcional, y al estudio histopatológico revelan una lesión que asienta en las células paren-

quimatosas. El término de ictericia hépatocanalicular, colangiolítica de algunos autores, debe aplicarse aquellos cuadros que tienen su origen también en una agresión de la glándula, pero cuya lesión radica en los capilares biliares y que evolucionan con normalidad completa o casi completa del funcionamiento hepático.

III.—Las ictericias posthepáticas o mecánicas, pueden deberse a una obstrucción completa o incompleta del gran árbol biliar y su mecanismo y caracteres son suficientemente conocidos, como para que valga la pena insistir sobre ellos.

Las obstrucciones completas son generalmente cancerosas y las incompletas, benignas (por colédocolitiasis u otras causas). Su diferenciación depende del estudio del flujo biliar al intestino, por medio del sondeo duodenal y del urobilinógeno fecal.

La clasificación propuesta, tiene el mérito de colocar el problema de acuerdo con los conocimientos actuales. Por otra parte, ella permite eliminar las dificultades de interpretación respecto a la discordancia del estudio funcional en relación al origen de la ictericia. Por último, engloba los diferentes cuadros en grupos separados, de acuerdo con la conducta terapéutica.