

Observación de la Clínica del Prof. Pedro Larghero Ibarz. — Hospital Pasteur.

## PIO NEUMOCOLECISTITIS AGUDA

Dr. Luis M. Bosch del Marco

En agosto de 1953, en "Annals of Surgery", G. A. P. Hurley, del Servicio Quirúrgico del Hospital de la Reina Isabel (Montreal), hace una revisión de la bibliografía mundial sobre el tema, señalando así 25 casos de neumocolecistitis aguda; en su publicación agrega dos observaciones más.

Recientemente hemos tenido la oportunidad de tratar un caso similar que creímos conveniente presentarlo a la Sociedad de Cirugía para aumentar las cifras de la casuística extranjera y nacional, figurando entre las últimas las observaciones ya conocidas de: Fossati, A.; Del Campo, J. C.; Otero, J. P. y Larghero Ybarz, P.

### OBSERVACION CLINICA:

Nº 12047. H. P., 63 años. San Ramón.

Es admitido en el Servicio, el 9 de julio de 1954, por síndrome agudo doloroso abdominal de hipocondrio derecho; éste se inicia hace siete días, por un cólico hepático súbito de gran intensidad, que cede al tratamiento sintomático pero que se reitera en los días subsiguientes, no calmando ya con ningún sedante, a partir de la última crisis dolorosa, hace tres días. Desde entonces, gran desmejoramiento general, insomnio, chuchos de frío, orinas colúricas, sin vómitos, constipación con materias coloreadas.

En sus antecedentes, dispepsia hepatovesicular desde hace 10 años, con cólicos hepáticos en el último mes, de intensidad mayor. Sin ictericia. Etilista.

**Examen:** Excitado, polipneico, mal estado general. Temperatura axilar: 36°8; rectal: 37°8. Lengua húmeda, saburral. Mal estado de su boca. Con mucosas y piel de tinte subictérico.

**Abdomen:** poco movilizable con la respiración, simétrico, distendido,

---

(\*) Trabajo presentado en la Sociedad de Cirugía en la ½ hora previa el día 28 de julio de 1954.

defensa de hipocondrio derecho, por tal motivo no es posible palpar el hígado, que se percute a un través de dedo del reborde costal. Duele la palpación en aquel sector, en forma intensa. Resto del abdomen, sin otras particularidades.

El tacto rectal no revela nada en el Douglas.

**Aparato respiratorio:** Polipnea superficial, estertores húmedos crepitantes, inspiratorios en ambas bases; sin tos ni expectoración.



FIG. 1. — Posición acostado.

**Aparato cardio-vascular:** Tonos normales, taquicardia, sin ruidos sobreagregados. Pulso tenso, regular de 116. Presión arterial de 14 y 8.

**Impresión clínica:** Consideramos que se trata de una colecistitis aguda con pericolecistitis y reacción peritoneal, sin participación coledociana ni pancreática.

Por llevar 5 días de evolución juzgamos conveniente solicitar exámenes complementarios e instituir el tratamiento médico por unas horas, a fin de observar la evolución.

**Laboratorio.** — Hematocrito: 54 %. Proteinemia: 7 g. 78 %. Urea en sangre: 1 gr. 20 ‰. R. Wassermann: negativo.

**Hemograma.** — Gl. rojos: 4.660.000. Gl. blancos: 7.300. Hb.: 94 %. V. G.: 1.02.

Unidades pancreáticas: 64.

**Cloruros en orina:** 0.70 ‰. **Sedimento:** abundantes cilindros granulados. Células planas, cilindros hialinos. Albúmina: 0.30. Bilis: reacción positiva.

**Estudio radiográfico:** Se realiza como es de norma general en estos casos; se toman placas de frente en posición vertical y en decúbito dorsal, apreciándose una neumatosis vesicular, con nivel por conflicto hidro-aéreo en su interior. Discreta infiltración gaseosa en plena pared vesicular. Opacidad subhepática perivesicular y colon dilatado por debajo. Parecen apreciarse imágenes aéreas en vía biliar principal. (Figs. 1-2-3-4).

**Diagnóstico radiológico:** Pio neumocolecistitis.

Ante esa comprobación, se reitera el estudio un par de horas después,



FIG. 2. — Posición de pie.

tomando un perfil y se confirman nítidamente las lesiones aludidas.

Plantéanse dos posibilidades:

- 1) Anaerobiosis vesicular.
- 2) Fístula biliar interna.

Dado el síndrome clínico la primera eventualidad se considera como más probable, resolviéndose intervenir sin más dilaciones. Se realiza la intervención, 20 horas después de su ingreso.

**Operación.** — Dr. Luis M. Bosch del Marco. Anestesia local. Incisión transversa por disociación, sin sección del recto abdominal. Se comprueba proceso inflamatorio perivesicular supurado (examen bacteriológico), el epiplón envuelve a la vesícula biliar necrosada, con aspecto de hoja seca, tensa. Su punción con jeringa vacía, proyecta el émbolo hacia arriba, dada la tensión de su interior. Apertura. Se extraen pocos centímetros de líquido seroso turbio, no fétido, de color verde que se retira también para examen. Evacuación total, no hay cálculos ni se puede apreciar



FIG. 3. — Infiltración gaseosa parietal.



Fig. 4. — Perfil.

dada la profundidad, el estado del cístico. Biopsia de la pared vesicular. Colecistostomía. Corona de mechas. Cierre del peritoneo, no del plano parietal. Operación muy bien tolerada.

Como medicación inmediata se agrega a la ya administrada, suero antigangrenoso. Dos series de 40 c.c., cada uno en las 48 horas siguientes.

**Evolución:** satisfactoria, drena por el tubo escasa cantidad de bilis los primeros días, cesa luego el flujo y la sonda cae espontáneamente al 10º día. Mantiene supuración de la pared que cesa y se le concede el alta en muy buenas condiciones, el 19 de julio de 1954.

Visto el paciente el 22 de agosto de 1954, prosigue en la misma forma.

De los exámenes de laboratorio practicados merecen destacarse los del contenido peritoneal y vesicular.

7 - VI - 54. — **Pus perivesicular:** los medios sembrados han permanecido estériles.

**Bilis intravesicular:** no se reconocen microbios al examen directo.

**Pus parietal:** bacilos Gram negativos al examen directo.

**Sensibilidad directa:** la cepa se mostró resistente a todos los antibióticos examinados (Penicilina, estreptomycin, terramicina, aureomicina, cloromicetina, bacitracina, eritromicina, polimixina - B.).

**Cultivo del contenido vesicular.** — En medios especiales sembrados cultivóse bacilos Gram positivos, esporulados, anaerobios.

## RESUMEN

Se presenta una observación clínica y radiológica de pioneu-mocolecistitis aguda, tratada quirúrgicamente por colecistostomía con buena evolución. Se reconoció bacteriológicamente una flora única anaerobia patógena para un tipo de animales de experimentación.

## BIBLIOGRAFIA

BOCKHUS, H. L. — Gastroenterology, Vol. III, Chap. 100, 534, 1946.  
DEL CAMPO, J. C. y OTERO, J. P. — Arch. Urug. de Med. y Especialidades, 17: 341, 1940.

FOSSATI, A. — Bol. Soc. de Círg. del Uruguay, 178, 1932.

HEIFETZ, C. J. y SENTURIA, H. R. — Surg., Gynecol. and Obst., 86, 424, 1948.

Mc CORKLE, H. y FONG, E. E. — "Aspects and treatment of surgical infections". Pág. 291, 1949.

LARGHERO YBARZ, P. — "Colecistitis disecantes y exfoliativas". Tesis de agreg. de cirugía. 1933.

**BOLETÍN DE LA SOCIEDAD DE CIRUGÍA DEL URUGUAY**

LARGHERO YBARZ, P. — “Distensión aguda de la vesícula biliar y bacteriocolia. Anaerobia masiva”. Bol. Soc. de Círg. del Uruguay, Montevideo. Vol. 7, 1934.

LARGHERO YBARZ, P.; ASTIAZARAN, M.; GORLERO ARMAS, A. — “Hemobilia traumática”. Anales de Cirugía de la Fac. de Medicina, Montevideo. Vol. 3, 187, 1954.

SIMON, J. — Presse Médicale. 40, 1938, 1932.

WALTERS, W. y SNELL, A. M. — “Diseases of the gall bladder and bile ducts”. Pág. 127, 1940.

---