

Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. A. Chifflet

## HEMOPERITONEO POR PERFORACION DE NEOPLASMA DE VESÍCULA BILIAR (\*)

(A propósito de dos observaciones)

Dres. Raúl Praderi y Luis Praderi

Las hemorragias peritoneales de origen vesicular son raras. Schairer (3) reunió 25 observaciones en 1958. Existen otras posteriores citadas por Eisold (1) y Shepherd (4). Todas ellas están asociadas a perforaciones de vesícula biliar por colecistitis aguda ya sea por estallido de un hemocolecisto o por hemorragia en el borde del orificio de perforación vesicular. El Dr. Nelson Varela (6) operó en el Hospital de Clínicas una hemorragia de este tipo y uno de nosotros (R. P.) trató un hemocolecisto que se perforó al liberar una vesícula aguda litiásica.

Pero el motivo de esta presentación es referir las historias de dos pacientes que hicieron hemorragias por perforación de carcinomas vesiculares. Hemos encontrado una sola observación similar en la bibliografía revisada y fue publicada por Schnyder (2) en 1915. Se trataba de un hemoperitoneo por perforación de un neoplasma del fondo de la vesícula.

Tabet (5) en una estadística de 47 casos de neoplasma de vesícula describe observaciones de ascitis hemorrágicas de sangre casi pura pero sin coágulos y de aparición progresiva asociadas a carcinomatosis peritoneal. Es una situación distinta de la que planteamos.

Las historias de nuestros enfermos son las siguientes:

**Caso 1.** — J. S. de R. Sanatorio Americano.

Paciente de 60 años, sexo femenino, que ingresa con cuadro doloroso, difuso, de vientre derecho, con fiebre y vómitos, deshidratada con antecedentes poco definidos.

**1ª operación.** — (22/VII/60). Dr. L. Praderi, Dr. Mezzera. Anestesia general.

(\*) Trabajo presentado en la ½ hora previa en la Sociedad de Cirugía el día 24 de julio de 1963.

Mac Burney. Apéndice sano, sangre y cálculos en peritoneo. Paramediana transrectal derecha, vesícula biliar perforada, fragmentada, de aspecto neoplásico, adherente al colon. Al liberar el foco viene pus. Se practica una colecistostomía.

La paciente se recupera lentamente, la colangiografía muestra una vía biliar principal normal. Se saca el tubo.

El estudio histológico de un fragmento de pared vesicular (Dr. Scandroglío) mostró que se trata de un epiteloma esquirroso pseudo glandular de vesícula biliar.

A los tres meses hace una ictericia obstructiva con mal estado general.

**2ª operación.** — (17/X/60). Por la misma incisión se llega a un absceso retroparietal. Tumor de pedículo hepático que infiltra hígado y duodeno. Se coloca un tubo en el absceso que drena bilis. La enferma fallece antes del mes de operada.

**Caso 2.** — A. C. Hospital de Clínicas, reg. 156.066.

Paciente de 61 años, sexo masculino, con antecedentes de dispepsia y litiasis biliar radiológica conocida muchos años antes. Ingresa por dolor intenso en hipocondrio derecho con fiebre, ictericia e hipocolia. Al examen de abdomen contractura en todo el hemiabdomen derecho, dolor intercostal en la base de ese hemitórax.

Leucocitosis 12.900, hematocrito 34%, glicemia 2.25, amilasemia 64 Unidades Wolgemuth, bilirrubinas 10,60 mmgr. %, colesterol 2.45 por mil, fosfatasa alcalina 2.45 grs. Se hace tratamiento de su diabetes, se hidrata e intuba. Se opera con diagnóstico de colecistitis aguda con compromiso coledociano y posible peritonitis biliar con absceso subfrénico.

**Operación.** — (10/VIII/61) Dr. R. Praderi, Dr. Fregeiro.

Anestesia general. Transversa de hipocondrio derecho con sección de recto. Hemoperitoneo de dos litros. Piohematocele subfrénico bloqueado por el epiplón dado vuelta hacia arriba. Cálculos biliares en todo el peritoneo, sobre todo en flanco derecho.

Colecistitis aguda necrótica. Ha desaparecido la mitad distal de la vesícula, en lugar de la cual se encuentra una masa de tejidos necrosados lleno de coágulos, que ocupa un hueco en la cara superior del epiplón. Cístico grueso, cálculo biliar grande, obstructor. Evacuación de sangre, coágulos y fragmentos de vesícula necrosados del peritoneo.

Colecistectomía residual, coledocotomía. Exploración S/P. Tubo de Kehr. Drenajes subfrénico y subhepático.

Post operatorio sin incidentes. Se recupera totalmente. Colangiografía normal. Se retira el tubo de Kehr a los 15 días, alta en buenas condiciones.

El estudio anatómo patológico de la vesícula demuestra que se trataba de un adenocarcinoma necrosado y perforado. El paciente sobrevivió un año a la operación falleciendo de recidivas tumorales: en hígado y F.I.D.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) EISOLD, G. — Uber blutungen aus den gallenwegen. Der chirurg. 32:32 1961.
- 2) SCHNYDER, K. — Tödliche gallen blasen blutung in die freie bauchhöhle Central. Allg. Path. 26:361, 1915.
- 3) SCHAIRER, A; KEELEY, I. — Gangrene of the gall bladder with shock from intraperitoneal hemorrhage. A.M.A. Arch. Surgery 76:1000, 1958.

- 4) SHEPHERD, J. — Surgery of the acute abdomen. E. & S. Livistogne, London, 1960.
- 5) TABET. — Primary cancer of the gall bladder. Am. J. Surgery 100:365, 1960.
- 6) VARELA, N. — Comunicación personal.

**Dr. Valls:** Voy a hablar, no porque tenga una experiencia igual, pero teniendo una experiencia algo similar en una enferma que operamos en el Hospital de Clínicas, por una hemorragia digestiva, es decir que fue una hemorragia de ese tipo. Cuando la operamos encontramos que era un cáncer de vesícula, llena de vegetaciones que sangraban, y la vesícula estaba perforada en el duodeno y sangraba en forma profusa todo. Tenía infiltración del pedículo hepático y del hígado. De modo que ahí tuvimos que hacer una cirugía sacando un poco las vegetaciones y haciendo coagulación nada más, y cerrando. La enferma falleció porque repitió sus hemorragias. Tenía una infiltración formidable.

**Dr. Raúl A. Praderi:** Simplemente que, de acuerdo con lo que dice el Dr. Valls, en la revisión bibliográfica que hemos hecho, (que no consideramos completa ni mucho menos), hemos encontrado unas observaciones de neoplasma de vesícula que sangraban hacia las vías biliares y el tubo digestivo también.