

Peritonitis biliar. Falla renal aguda *

Dr. BORIS ASINER,** Dra. M. A. DELL'OCA DE FERNANDEZ ***
y Pte. ANTONIO TURNES

HISTORIA CLÍNICA.—R. 132.616 (colangitis séptica litiásica. Ictericia (colecistitis, perforación, peritonitis biliar). Anuria.

P. T., 60 años. Ingresó (Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas) con diagnóstico de ictericia y síndrome coledociano. Su evolución databa de unos siete días, precedida de dolores —no intensos— y estado febril. No relataba antecedentes claros de dispepsia ni de cólicos hepáticos. Hepatomegalia. En sala (24 horas después), aspecto grave, tóxico, icterico (con tinte “rubínico”). Taquicardia; pulso chico. Empuje doloroso; defensa del hemiventre superior derecho. Signos de participación peritoneal. Tacto rectal: Douglas sensible. Estudio radiográfico simple de abdomen (de pie y acostado): aeroilia y nivel hidroaéreo en duodeno, con signos de peritonitis. Paciente deshidratado, con oliguria previa.

Se hace contralor por cateterismo vesical: *anuria*. Se realizan exámenes de laboratorio (serán expuestos por la Dra. Dell'Oca de Fernández).

Diagnóstico: *Peritonitis biliar y falla renal aguda* (comprobación clínica y de laboratorio).

Se inició reanimación y preparación preoperatoria: a) Rehidratación y nivelación electrolítica (cálculo por confrontación clínica, anamnesis, examen y datos de laboratorio). b) Antibióticos —vía parenteral— (amplio espectro). c) Sonda uretrovesical de contralor. d) Intubación nasogastrointestinal.

Intervención quirúrgica, puesta en marcha la terapéutica de “reanimación”, en plena evolución de su falla renal aguda. Se tuvo en cuenta para la indicación de urgencia, que aunque era una agresión (quirúrgica-anestésica) no tenía significación como minoración de su “condición de homeostasis actual”, ni de la complicación nefrotubular existente, si era posible —y necesario— con esta orientación, *cumplir el tratamiento de la lesión causal primaria y de la peritonitis existente.*

El paciente no tenía indicación de hemodiálisis por riñón artificial (de acuerdo al momento evolutivo y exámenes de laboratorio).

El gravísimo pronóstico pudo ser superado y se logró una recuperación, en una situación de reconocida elevada mortalidad.

La intervención quirúrgica verificó: 1) *Peritonitis biliar generalizada:* bilis abundante, libre en peritoneo. 2) *Perforación* (tipo necrótica) en una colecistitis litiásica evolucionada, topografiada en zona “cuerpo-bacinete”. 3) *Salida a tensión, contenido bilioséptico y litiásico* (colecistitis supurada litiásica y colecistitis) *de la vía biliar.*

Se realizó en el acto operatorio: . a) *Aspiración y “toilette peritoneal”.* b) *Evacuación, aspiración y extracción, de cálculos vesiculares y contenido biliopurulento litiásico de la vía biliar* (lógicamente hasta donde la situación y condición del paciente lo permitían). c) *Drenaje* —aprovechando la efracción existente— *de la vía biliar y drenaje del Douglas y subhepático.*

En el postoperatorio: se prosiguió con terapia del síndrome metabólico humoral y de la falla renal existente.

Usamos el diurético osmótico, “Manitol”. Contralor de laboratorio y la colaboración de internistas, integrando el “equipo” médico.

Tuvo un íleo y un cuadro bronquial, que cedieron, así como la ictericia y la fiebre. Mejoró rápidamente el estado general. A los trece días presentó una dehiscencia de la herida operatoria que fue tratada por sutura. Evolución posterior sin incidencias y una colangiografía final mostró buen pasaje (colangiográfico) al duodeno, aunque quedó dudosa una zona en un hepático (posible litiasis). Actualmente, a ocho meses de su intervención, el paciente tiene un excelente estado general, aumentó 15 kg. de peso y su función renal es buena (contralor por Internista Dr. Alvarez Martínez) y también la hepática. Está sin molestias, sin fiebre ni dolores. Se intentará en su oportunidad, completar su terapéutica y estudio, previa confrontación de nuevos exámenes.

SINDROME BIOQUIMICO

Se trata de una F.R.A., ya que el enfermo entró al hospital con su *cuadro grave de deshidratación, hiperazoemia y anuria.* Y decimos que es *fallo renal* porque la

* Trabajo del Servicio de Clínica Quirúrgica “F”, Prof. Dr. Héctor Ardao.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de mayo de 1965.

** Docente Adscripto en Cirugía (Facultad de Medicina).

*** Asistente de Laboratorio Central del Hospital de Clínicas.

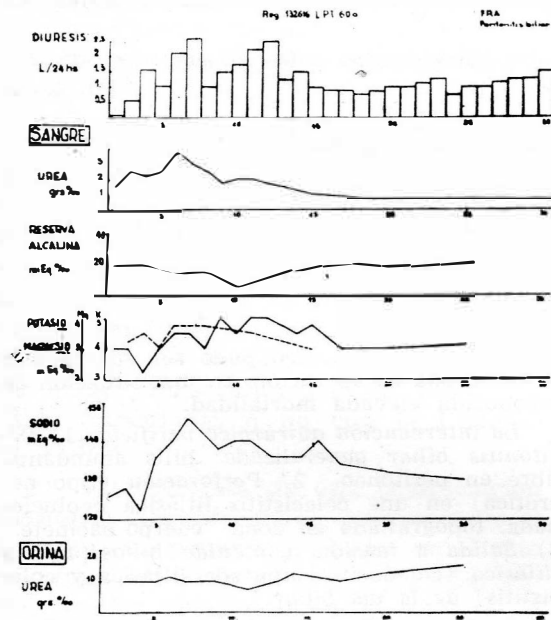


FIG. 1.

orina de este paciente era de muy baja concentración, a diferencia de lo que sucede en la oliguria del riñón hemodinámico, del enfermo en "stress", por ejemplo, que presenta orinas muy concentradas, porque su riñón funciona.

El cuadro humoral de este paciente tiene datos importantes a recalcar: tiene el perfil del F.R.A., pero mitigado, pese a su gravedad inicial, a la que se sumó la agresión quirúrgica aunque mínima y evidentemente útil. Conseguimos *mantener el equilibrio metabólico* en bastantes buenas condiciones, *en base al tratamiento instituido, en el que recalcamos el uso del manitol desde el principio, y en base al control diario de su estado electrolítico* que vamos a mostrar gráficamente.

La *diuresis* osmótica conseguida con el manitol, se estableció casi de inmediato y siguió en ascenso manteniéndose entre 1lt.5 y 2lt.5, siempre a baja concentración.

La *urea* en sangre se mantuvo alrededor de los 2 gr. durante unos diez días. Explicable porque se consiguió buena diuresis, pero a baja concentración, de modo que la depuración no alcanza a ser totalmente efectiva. Y no fue la hiperazoemia a grandes cifras, que antes veíamos, por la diuresis osmótica, y porque el mante-

nimiento del aporte calórico, se hizo con sustancias a poco residuo nitrogenado, sobre todo en base a glúcidos.

RESERVA ALCALINA

La tasa de bicarbonatos de la F.R.A., y de nuestro paciente en particular, se mantiene descendida, frente a la invasión de los ácidos fijos, provenientes del metabolismo proteico, que no han podido ser eliminados debido a la insuficiencia renal. Fue una de las cifras que más nos costó normalizar.

El *potasio* sabemos que es el más temido dentro de las perturbaciones iónicas, por la posibilidad de paro cardíaco si está muy elevado. En este paciente no sobrepasó los 5 mEq, cifra máxima dentro de los valores normales. Y en uno de nuestros controles, coincidiendo con una pérdida extrarrenal, encontramos el potasio descendido; se corrigió por terapéutica adecuada. Lo consignamos como hecho importante, recordando que la hipopotasemia por sí sola puede provocar una tubulopatía que agrava la insuficiencia renal ya existente.

El *magnesio* estuvo por encima de lo normal. Recordamos que la hipermagnesemia es un hecho bastante constante en la insuficiencia renal, y a menudo el factor desencadenante de síntomas neuromusculares, que antes se atribuían exclusivamente al potasio.

El *sodio* estuvo poco modificado como es habitual; pero no debe dejar de controlarse, por el peligro de retenciones o de carencias que conviene corregir.

COMENTARIO

Presentamos una observación con problemas de:

a) *Diagnóstico*: "Peritonitis biliar" por sepsis biliar litiásica, angiocolitis y coledocistitis supurada, colecistitis litiásica evolucionada y peritonitis biliar (con diagnóstico preoperatorio) consecutiva.

b) *Comprobación de complicación concomitante, falla renal aguda*:

—Sobre la base clínica y valoración de la cifra urémica.

—Con verificación por sonda vesical de oligoanuria (contralor de diuresis horaria).

—Uremia, en cuya cifra está integrada lógicamente la hiperazoemia de causa extrarrenal, agregada a la lesión nefrotubular.

—Comprobada en examen de: *urea* (sanguínea); *orina*: densidad baja y persistente, componentes, sedimentos; *acidosis* con baja reserva alcalina; *respuesta hipertensiva* secundaria; *aumento del anión fosfato en sangre* (ver funcional hepático).

Si bien es una situación conocida en clínica quirúrgica, tiene elementos de interés y su presentación amplía la casuística nacional. Cabe la denominación de "síndrome hepatorenal", ya publicada a fines del siglo pasado e inicial del presente (autores franceses: Charcot, J. M. y colab., Merklen y colab., Richardière, etc., quienes vincularon la falla renal aguda a la ictericia).

Luego otros trabajos [Varela Fuentes, B. y Rubino, B., en nuestro medio desde 1932 en adelante; Caroli, J. y colab. (en 1945), Champeau, M. y colab., Andreassen y colab. (*Act. Chir. Scand.*, 1961)] analizan el tema. En una reciente presentación a esta Sociedad, el Dr. R. Gary lo reactualiza, con amplio análisis bibliográfico.*

La F.R.A. es vinculada a la infección biliar (colangitis, infección hepatocolangítica y uremia secundaria). Varela Fuentes valoriza el proceso "bilioséptico", "angiocolitis uremígena" (Caroli), tomando en cuenta en especial, el factor extrarrenal en el síndrome urémico, pero la patogenia sigue discutida.

La orientación seguida, está apoyada, especialmente, en los trabajos de Andreassen y colab., que trataron casos de enfermos biliares, con falla renal aguda, por previa hemodiálisis y luego realizaron el tratamiento quirúrgico completo, disminuyendo con ello la cifra de mortalidad. Apoyan su táctica activa, tratando por temprana operación la enfermedad primaria y esperando la recuperación nefrotubular por adecuado tratamiento de sostén. El toque renal puede ser breve, predominantemente funcional, hasta una clara integración patológica lesional, con proceso predominantemente tubular. Estas posibi-

lidades pueden producirse en pacientes con o sin antecedentes de nefropatía previa.

Nuestro caso corresponde a una situación diferente a los publicados:

- 1) Se trataba de una peritonitis biliar, con cuyo diagnóstico preoperatorio
- 2) La falla renal aguda fue reconocida.
- 3) Operamos al paciente en anuria y con tratamiento en evolución.
- 4) Usamos el "Manitol", diurético osmótico, teniendo en cuenta sus posibilidades diagnóstica del estado lesional posible, de terapéutica diurética y antiedema, y aun eventualmente como pronóstico, en lo referente a la falla renal aguda.

En el caso presentado por el Dr. Gary en la Sociedad de Cirugía, el paciente fue tratado previamente y cuando cedió la complicación fue operado; en los casos de Andreassen se efectuó primero hemodiálisis y luego fueron operados.

Lógicamente estamos en el mismo tema de la F.R.A., aunque exponemos una conducta terapéutica actualizada, que creemos necesario divulgar.

RESUMEN

Presentamos un caso de peritonitis biliar con falla renal aguda, en la evolución de una colecistitis aguda litiásica y coledocitis litiásica supurada, con cuadro peritoneal.

El paciente ingresó como síndrome icterico coledociano; se realizó el diagnóstico correcto y fue intervenido luego de breve "reanimación", cumpliendo como táctica el tratamiento de la lesión causal primaria y de la peritonitis biliar existente. Se prosiguió en el postoperatorio la terapia del síndrome metabólico humoral y de la falla renal aguda existente; uso del diurético osmótico "Manitol". La evolución fue satisfactoria.

Presentamos un análisis del síndrome bioquímico, con comentario sintético del problema.

En nuestro caso se realizó la intervención quirúrgica en plena falla renal aguda, con tratamiento concomitante del problema metabólico.

* También en un Curso de Clínica Quirúrgica, por el Servicio Quirúrgica "F" del Prof. Héctor Ardao (Facultad de Medicina), en el Servicio del Dr. Forrissi (Ministerio de Salud Pública), Salto, R. O. U. (1964).

RÉSUMÉ

Nous présentons un cas de péritonite biliaire avec "faillie rénale aiguë", au cours d'une colecistite aiguë lithiasique et coledocite lithiasique suppurée avec syndrome péritonéal.

Le malade a été admis avec un syndrome d'ictère coledocienne. Aure diagnostic fait, il fut intervenu après une courte réanimation. Dans l'opération, faite en pleine "faillie rénale aiguë", on réalisa le traitement de la lésion primaire et de la péritonite biliaire. Dans le post-opératoire on fit le traitement du syndrome métabolique humoral et de la "faillie renale aiguë", en employant le manitol comme diurétique osmotique. L'évolution fut satisfaisante.

L'auteur presente une analyse du syndrome biochimique avec une commentaire synthétique du problème métabolique.

SUMMARY

We submit a case of bile peritonitis with acute renal failure, in the evolution of an acute litiasic colecistitis and suppurative litiasic coledocitis with peritoneal syndrome.

The patient was admitted with coledocian icteric syndrome. The correct diagnosis was done and the patient was operated on after a short reanimating period. We tried the primary causing lesion and the actual bile peritonitis. We have used for the post-operative therapy the osmotic diuretic "Manitol". Recovery was satisfactory.

We present a brief analysis of the biochemical syndrome and tried a synthetic commentary of the problem.

The operation was done during the acute renal failure itself with simultaneous treatment of the metabolic problem.