

# Peritonitis biliar por perforación de un canalículo intrahepático

Dres. Emilio Laca, Washington Escobar  
y Federico Cardoso Lareo\*

Las peritonitis biliares por perforación espontánea de canalículos intrahepáticos son extremadamente raras. Se presenta una observación que pretende ser la primera en nuestro medio. Si bien de diagnóstico difícil, el estudio crítico de los casos publicados, permite afirmar a los autores, que la asociación peritonitis e ictericia, en paciente de edad avanzada, sexo femenino y con antecedentes de sufrimiento biliar, debe hacer sospechar su posible existencia. Se considera que la hipertensión en la vía biliar es factor indispensable para su producción.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Peritonitis/Etiology. Bile ducts, Intrahepatic.

Las peritonitis biliares por perforación espontánea (no traumática) de la vía biliar principal son muy raras y mucho más raras, excepcionales, son las que tienen en causa la perforación de un canalículo intrahepático.

Hasta enero de 1973, Grenier y col. (2, 3) pudieron reunir sólo 27 casos publicados en la literatura mundial. De éstos sólo 9 corresponden a diagnósticos operatorios y el resto a diagnósticos de autopsia.

En nuestro país no hemos podido encontrar ningún caso publicado, existiendo sólo una referencia de Barquet (1) en la discusión del trabajo de Valls (7) y col. sobre peritonitis biliares.

Tal rareza y la pretensión de que nuestra observación sea la primera documentada de nuestro medio, creemos justifica la validez de su presentación.

## OBSERVACION

F. Sofia. Enero 1973. Hist. Cl. 357. Hospital Tacuarembó. 70 años. Antecedentes de intenso sufrimiento de filiación biliar, de varios años de evolución. Se le había estudiado por tal motivo, 3 meses antes de su ingreso, encontrándose una vesícula excluida a la colecistografía oral.

El 6-1-73, consulta por dolores abdominales de 3 días de evolución, a comienzo brusco en abdomen su-

*Servicio de Cirugía. Hospital Regional. Tacuarembó.*

perior, sin previo traumatismo. Este episodio doloroso fue de mayor entidad que los anteriores, con chuchos de frío, vómitos, orinas oscuras y profundo malestar general. Rápidamente el dolor difunlió el resto del abdomen por el flanco y la fosa ilíaca derecha. El primer examen mostró una enferma con intenso sufrimiento a quien el dolor le obliga a caminar inclinado hacia adelante, tomándose con ambas manos el vientre. Ictericia sin prurito. Taquicardia regular de 100 p.m. Temp. central 38°C.

Dolor difuso en el abdomen que aumenta con la movilización respiratoria, tos y palpación y que predomina en el hemiabdomen derecho e hipogastrio. Moderada contractura generalizada. En este examen se saca la impresión de estar frente a una peritonitis difusa aguda con ictericia, sin otros elementos patológicos demostrables. Bilirrubinemia total 6.44; dir. 3.92 mg %. Transaminasas normales V. de eritrosedimentación; 5 mm. Glicemia, 1 gr. 11. Urea 0.30 gr. lt. Dado el profundo malestar general se decide esperar unas horas con tratamiento de recuperación, con reposición hidrosalina, antibióticos y aspiración gástrica. A las 24 horas se comprueba una mejoría del estado circulatorio y metabólico. A las 48 horas si bien persiste la mejoría desde el punto de vista del abdomen, el estado general se deteriora, y aparece una depresión psíquica marcada, facies tóxico y marcada oliguria. Por tal motivo se decide intervenirla, con el diagnóstico de peritonitis biliar por perforación espontánea del colédoco por probable decúbito de un cálculo. No se realizaron punciones exploradores del abdomen.

*Operación:* Incisión transversa. Abierto el peritoneo se encuentra abundante líquido bilioso claro (con el aspecto de bilis pura), vesícula esclero-atrónica. Pedículo hepático edematoso, con colédoco de paredes finas, de 2 cm. de diámetro, sin perforación demostrable, a tensión; se palpa un cálculo en su porción retropancreática yuxtapapilar. Al no encontrarse ninguna solución de continuidad en la vía biliar extrahepática, con páncreas moderadamente engrosado sin signos de pancreatitis, se comienza una minuciosa búsqueda en la superficie del hígado, de una perforación que explicara el derrame biliar peritoneal. Levantando el hígado para explorar la cara inferior del lóbulo derecho y cuando se desesperaba de encontrar la causa, se pudo observar en la profundidad de una grieta, cerca del borde posterior por detrás de la vesícula, un pequeño orificio de menos de 1 mm. por el cual salía líquido bilioso turbio, abundante, cuando se comprimía la glándula. Sin éxito se trató de introducir a su través,

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 24 de abril de 1974.

\* Asistentes de Cirugía del Hospital de Tacuarembó, Médico de la Policlínica de Achar.

Dirección: 25 de Agosto 236, Tacuarembó (Dr. Laca).

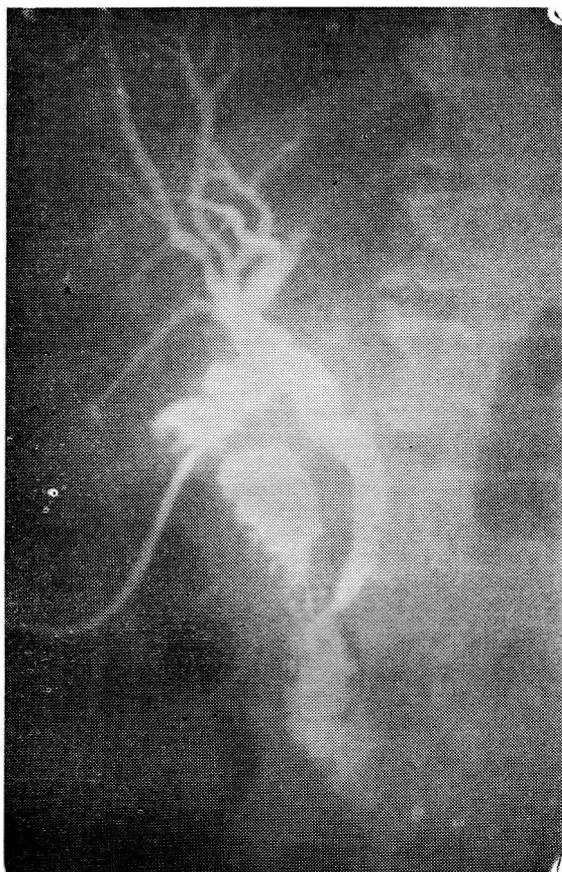


FIG. 1

exploradores y sondas muy finos. Dadas las condiciones de la enferma se decidió no insistir, terminando la intervención, previa coledocotomía y extracción del cálculo yuxtapapilar, drenaje del colédoco con tubo T y drenajes peritoneales; subhepático con grueso tubo cuyo extremo se fija frente a la perforación y del Douglas. Cierre por planos previo lavado del peritoneo con abundante suero (10 litros).

**Evolución:** Sin incidentes Reintervención un mes después para colecistectomía y exploración del área de perforación. La colangiografía realizada 48 horas después de la operación (figura 1) muestra una pequeña efracción de una colateral del canalículo que drena el segmento V-VI, que deja escapar una gota de la sustancia de contraste.

**Consideraciones diagnósticas.**

Se decía [Del Campo, citado por Valls (7)] que las peritonitis biliares no son diagnosticables como tales y se dice [Leborgne, Grenier (2,3)] que son de difícil diagnóstico. Pensamos en base a dos casos propios (Dr. Laca) de peritonitis biliar aguda por perforación espontánea de la vía biliar principal (uno corresponde a la presente observación y el otro a una perforación espontánea del colédoco suprapancreático por decúbito de un grueso cálculo) y al estudio de los casos publicados

[Roy (5), Valls (7), Leborgne (3) y Grenier(2)] que el diagnóstico no es tan difícil y mucho menos imposible si se le tiene en cuenta como causa de la asociación muy frecuente de un síndrome peritonítico agudo y de un síndrome icterico.

Tal asociación sindromática, peritonitis e ictericia, en enfermos de edad avanzada, del sexo femenino, con antecedentes de sufrimiento digestivo atribuible a patología de la vía biliar, le da a la entidad peritonitis biliar, una fisonomía que le es propia y muy evocadora.

La validez de tal afirmación deriva de la consideración de los siguientes hechos: 1º) la peritonitis biliar aguda secundaria a la rotura espontánea de la vía biliar principal, reconoce siempre un mecanismo de hipertensión de la misma como condición indispensable para

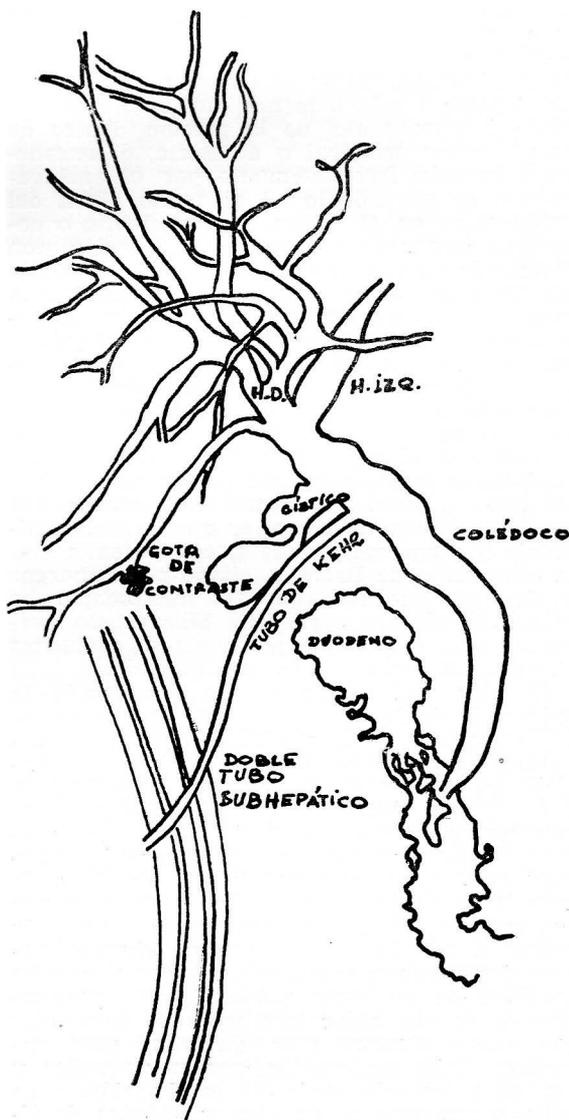


FIG. 2

que tal rotura se produzca, lo que supone casi siempre una ictericia clínica o de laboratorio; y 2º) si el síndrome icterico se le agrega un síndrome peritonítico, bajo sus distintas máscaras (dolor, contractura, distensión e incluso una insuficiencia renal aguda anúrica aislada) la presunción, se hace casi certeza diagnóstica en cuanto a la afirmación de la existencia de una peritonitis biliar por rotura de la vía biliar principal.

#### Consideraciones patogénicas.

Existen claramente delimitadas dos entidades dentro de las peritonitis biliares agudas espontáneas (excluidas las traumáticas, las postoperatorias y las por complicación de la equinocosis hidática del hígado) que son las peritonitis biliares espontáneas con y sin perforación.

Refiriéndose al primer grupo, los mecanismos por los cuales se produce la perforación, son en opinión de la mayoría de los autores, la cual compartimos: el aumento más o menos brusco y más o menos duradero, intermitente o permanente, de la presión dentro de la vía biliar principal o accesoria, desencadenada lo más frecuentemente por el enclavamiento de un cálculo en el tercio distal del colédoco, o en el cístico, la colecistitis o colangitis desencadenada por la obstrucción, con formación de pequeños abscesos parietales y/o las pequeñas áreas de necrosis isquémica. A esto habría que agregar la particular disposición anatómica de la vía biliar intrahepática ya que gran cantidad de canalículos transcurren en la superficie hepática, literalmente por debajo de la cápsula de Glisson, como se puede apreciar en la documentación gráfica adjunta.

Referente al segundo grupo de las peritonitis biliares espontáneas sin perforación, existe un buen número de autores que afirma que son de extrema rareza, si es que existen realmente y cuya opinión se puede resumir con la afirmación de Barraya, citado por Leborgne y Grenier, que dice que "el microscopio ha desmistificado las peritonitis biliares sin perforación ya que histológicamente se encuentra siempre una solución de continuidad".

Si bien está aparentemente demostrada la existencia de la permeación de bilis a través de las paredes de la vía biliar enferma y distendida (rocío biliar, término acuñado por Leriche en 1912) consideramos que todo cirujano que describa objetivamente sus hallazgos operatorios en ausencia de rocío biliar, y de perforación demostrable, lo más que podrá afirmar es que no encontró la vía de fuga de bilis hacia el peritoneo. Esto lo decimos por dos razones: en primer lugar, porque no es lo mismo decir sin perforación que sin perforación demostrable; y segundo, porque el estudio analítico de los casos publicados de perforación de la vía biliar intrahepática, demuestra que existe siempre gran dificultad para encontrar dicha perforación, por su pequeñez y por su a menudo recóndita localización y no debe asombrar que grandes cantidades de líquido bilioso puedan encontrarse en el peritoneo, si se tiene en cuenta que la hipertensión

de la vía biliar existe siempre, que la bilis tiene muy baja tensión superficial que le permite salir a través de orificios minúsculos y que no todo el líquido encontrado en la cavidad peritoneal proviene de la vía biliar, sino que está constituido, además, por el exudado de la serosa inflamada.

#### Consideraciones terapéuticas.

La comprensión y conocimiento exactos de la fisiopatología de la peritonitis biliar por perforación de la vía biliar principal, trae como de la mano los gestos terapéuticos necesarios para corregirla, así como los desarreglos que ella provoca. Son en general enfermos viejos con un antiguo sufrimiento biliar, peritoníticos (infectados, ocluidos o anúricos) y shockados. Esto determina que las medidas a tomar son: mantener o recuperar las funciones vitales dentro de un nivel de suficiencia que haga posible la intervención quirúrgica y como la hipertensión de la vía biliar es condición determinante indispensable para su producción, se impondrá como gesto de emergencia la decompresión de la misma por el método que el cirujano considere menos riesgoso.

A nuestro entender se puede resumir diciendo que se debe poner un tubo de drenaje biliar externo por encima del obstáculo obstructor, si es posible levantar el obstáculo, lavar el peritoneo en forma profusa y dejar varios drenajes aspirativos en los lugares clave habituales; como única forma para que estos enfermos se salven y no pretender hacer más o mejor en primera instancia.

#### CONCLUSIONES

1º) El diagnóstico de peritonitis biliar por perforación de la vía biliar principal se va haciendo más fácil a medida que se van conociendo más casos, lo que permite definir un cuadro clínico bastante característico de peritonitis e ictericia.

2º) La patogenia de la perforación espontánea es variable, pero siempre está en causa una hipertensión de la vía biliar, y en mayor o menor grado la infección o el déficit de irrigación de la pared de los canales biliares.

3º) Las peritonitis biliares espontáneas sin perforación son extremadamente raras, si es que existen, y ante tal eventualidad aconsejamos se use la juiciosa y objetiva denominación de "sin perforación demostrable".

#### RÉSUMÉ

##### Péritonite biliaire par perforation d'un canalicule intrahépatique.

Les péritonites biliaires par perforation spontanée de canalicules intrahépatiques sont extrêmement rares. Présentation d'une observation qui a la prétention d'être la première rencontrée dans notre milieu. S'il est vrai que le diagnostic est difficile, l'étude critique des cas publiés permet aux auteurs d'affirmer que l'association de la péritonite et de la jaunisse, chez un patient âgé du sexe féminin et ayant eu des antécédents de douleur biliaire, doit faire soupçonner l'existence de cette affection et on considère que l'hypertension dans la voie biliaire est un facteur déterminant de son apparition.

## SUMMARY

**Biliary peritonitis due to perforation of a small intrahepatic bile duct.**

Biliary peritonitis due to spontaneous perforation of small intrahepatic bile ducts are extremely rare. Comments are made on what is presumed to be the first case in this country.

Although diagnosis is difficult, a critical study of the cases published, gives the authors ground to state that, in an aged female patient with a clinical history of biliary disorders, the association of peritonitis and jaundice, make it reasonable to suspect its existence. It is believed that hypertension of the biliary tract is a predominant factor in causing this condition.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARQUET A. En discusión de "Peritonitis Biliares" de Valls A y Col. (7).
2. GRENIER JF, JAECK D, SAVA G, OTTENI F et DAUCHEL J. Les péritonites par perforation des canaux biliaires intra-hépatiques. *J Chir*, 105: 33, 1973.
3. LEBORGNE J, LE NEEL JC, VISET J et MOUSSEAU M. Les Péritonites Biliares. *Ann Chir*, 26: 153, 1972.
4. MONDOR H. *Diagnostics Urgents de l'Abdomen*. Paris, Masson, 1949.
5. ROY B. Péritonite par perforation d'un canalicule biliaire intra-hépatique (Deux observations). *Mem Acad Chir*, 91: 306, 1965.
6. SALEMBIER Y, MEIGNIE P et RIBET M. Péritonite biliaire par perforation d'un canalicule biliaire. *Arch Mal Appar Dig*, 45: 382, 1956.
7. VALLS A, BALBOA O y ASINER B. Peritonitis biliares. *Cir Urug*, 40: 412, 1970.

## DISCUSION

DR. LUIS A. GREGORIO.—Desde luego que el capítulo de las peritonitis biliares es muy extenso en virtud de la multiplicidad de situaciones que se plantean y en razón también de las diferentes patogenias que las determinan. Nosotros queremos agregar una peritonitis biliar que vivimos en el mes de enero de este año, iatrogénica. A un enfermo que en el transcurso de una hepatitis le fue puncionado o intentado puncionar el hígado por parte del especialista que lo atendió y obtuvo varios c.c. de bilis. El enfermo rápidamente se distendió, no tenía temperatura —estaba sometido a antibióticos— y entró a tener estado nauseoso y más tarde vómitos. Un tacto rectal evidenció dolor en el Douglas y así determinó que nosotros dispusiéramos la intervención con carácter urgente. Tenía seguramente un litro y medio de bilis ya en el peritoneo, lo que motivó el tratamiento ya expresado por el Dr. Laca y el paciente evolucionó bien. Sin duda, en los años que corren, el diagnóstico y tratamiento de la peritonitis biliar se ha hecho más fácil y los resultados son mejores. Con el Dr. Laca, que también perteneció a la clínica donde nosotros nos formamos y trabajamos muchos años, seguramente vio y recuerda múltiples casos de peritonitis biliar donde se llegaba al diagnóstico un poco tardíamente. En este caso no había problema puesto que el especialista que lo había puncionado había constatado bilis en la punción y ello explicaba fácilmente la sintomatología posterior. Aunque no siempre es tan sencillo es evidente que ahora se hace el diagnóstico más precozmente y el tratamiento quirúrgico inmediato que no puede ser sustituido por nada, es el que naturalmente resuelve el problema en la mayoría de los casos.

DR. ALBERTO VALLS.— Felicito al Dr. Laca por haber presentado este caso que no es muy frecuente. En primer lugar vamos a referirnos a ese problema. A veces los canalículos biliares pueden estar muy cerca de la superficie del hígado. En la cara inferior hay muchas veces una fisura, detrás de la vesícula, en sentido transversal, a la altura del segmento seis. Ahora con respecto al diagnóstico de peritonitis biliar, lo que decía del Campo, que rara vez se hacía el diagnóstico, no tiene un gran interés desde el punto de vista terapéutico, porque basta que uno haga el diagnóstico de peritonitis para que opere de urgencia al enfermo. Además lo importante es que uno puede hacer diagnóstico cuando la peritonitis se acompaña de una sintomatología biliar que haga pensar que hay una ictericia, pero de los casos que presenté yo aquella vez, había una cantidad que no tenían ictericia, que había que resolverlos rápidamente antes de que llegara un funcional hepático. No perdimos el tiempo, operamos a los enfermos y encontramos que tenían peritonitis biliares.

Desde el punto de vista patogénico estamos de acuerdo con él, de que es debido sobre todo a una hipertensión biliar. Nosotros en aquella presentación destacábamos que puede haber una hipertensión en la vía biliar accesoria o en la vía biliar principal. Las peritonitis biliares más graves son las que ocurren como consecuencia de una obstrucción de la vía biliar principal, porque toda la bilis se va a verter en el peritoneo, y si al enfermo no se le levanta el obstáculo cuando se opera y se drena la vía biliar, va a perder toda su bilis al exterior. Nosotros entre los casos que presentamos tuvimos un enfermo que perdía un litro de bilis por día. Recuerdo que tuvimos que reoperarlo de urgencia porque se moría y tuvimos que hacerle de urgencia una duodenostomía, una esfinteroplastia y extraerle un cálculo que tenía en el colédoco terminal. En cambio en las obstrucciones de la vía biliar accesoria el enfermo puede hacer una peritonitis biliar por dos mecanismos: puede haber hecho una colecistitis aguda, por obstrucción aguda del cístico, que evolucione rápidamente a la perforación antes de que se haya reabsorbido la bilis vesicular; en este caso, el cuadro es bastante benigno porque se vierte poca cantidad de bilis al peritoneo. Otras veces, en el momento en que se produce la perforación de la vesícula, afloja la presión dentro de la misma y el cálculo cae, se desobstruye el cístico y vuelve a salir bilis en más cantidad. En aquella presentación nosotros teníamos algunos casos que tenían ese aspecto, es decir que hay peritonitis biliares de origen vesicular que son consecutivas a una perforación, a un cuadro muy precoz con cálculos impactados o a que se desimpactó el cálculo y viene bilis de la vía biliar principal. A veces uno puede presumir, es raro que uno pueda hacer el diagnóstico de permeación, pero puede presumirlo. Hace cuestión de una semana operé a una enferma que tenía una peritonitis biliar y que tenía una pancreatitis. Tenía un colédoco normal. Le hice la abertura del colédoco, no tenía cálculos, tenía estenosis de la papila. Le saqué pus del colédoco y me encontré que la superficie del páncreas tenía toda un color verdoso y que estaba permeando bilis. A ese enfermo le hicimos una colangiografía y vimos que se llenaba toda la vía biliar y había una estenosis a nivel de la papila, habiendo un pasaje escaso a nivel del duodeno. Como era una enferma que había estado mal la dejamos con una coledocostomía.

DR. ALBERTO BARQUET.—Pienso que es exacto que a pesar de la rareza de la efracción de los canalículos biliares de la superficie hepática, ello es una realidad, debiendo ser sometida a un prolijo examen en la exploración, como el caso que nos relata el Dr. Laca, en que no encuentra evidencia lesional en la vía biliar principal y accesoria.

Pero también quiero decir y estoy en total acuerdo con él, que el diagnóstico de las peritonitis biliares se hace más factible si pensamos en ella.

Para referirme a esa efracción de los canalículos biliares subglissonianos, pienso que puede ser una zona, como algunos autores lo refieren, que presenta una dilatación, un pequeño aneurisma microscópico si se quiere, una pequeña ámpula, que justamente existiendo una hipertensión biliar provoca la efracción a ese nivel, por ser el sitio de menor resistencia, el sitio más débil.

DRA. DINORAH CASTIGLIONI.—Quiero felicitar al doctor Laca por lo interesante del caso que nos ha traído, cuyo interés está dado fundamentalmente por la rareza de este tipo de accidentes biliares. También hay que felicitarlo por la suerte que tuvo en la evolución de la enferma, porque una peritonitis biliar de 48 horas de evolución en una persona añosa, raramente tiene la buena evolución que ha tenido en este caso.

Nosotros a las peritonitis biliares por perforación de canalículos intrahepáticos las conocemos nada más que en dos circunstancias. Como dijo el Dr. Gregorio, como consecuencia de una punción biliar, o una colangiografía transparietohepática o como consecuencia de la ruptura de un quiste hidático en la cavidad peritoneal. Son peritonitis muy graves, como ya es conocido.

En este caso presentado no encuentro muy clara la patogenia. Se ha hablado de hipertensión biliar, la enferma tiene una litiasis de la vía biliar principal con un cálculo en la papila. Yo no oí bien si tenía ictericia obstructiva prolongada o no, pero la hipertensión

biliar no se evidencia mucho en la colangiografía postoperatoria, que creo que fue sacada a los 4 días después de la intervención, porque no hay una dilatación de las vías biliares importantes, como se ve en los casos en que ha habido una hipertensión biliar prolongada. Probablemente el hecho de ser una persona añosa o el tener una malformación a nivel de ese canalículo puedan justificar la ruptura. Es de agradecer al Dr. Laca que haya traído ese caso tan interesante que creo que será el primer caso dentro de la literatura nacional.

DR. EMILIO LACA. (Cierra la discusión.)

Con respecto a lo que decía el Dr. Valls, estudiando los casos presentados por él, que son 8, vemos que 5 de ellos son peritonitis biliares por alteración de la vesícula, no de la vía biliar principal; pero hay dos casos que son por perforación o a punto de partida en la vía biliar principal. Los dos casos tienen ictericia. La ictericia habitualmente, y esto va con respecto a lo que decía la Dra. Castiglioni, no es una ictericia prolongada, como en este caso, y en los casos que hemos estudiado de la literatura mundial, porque en cuanto se impacta el cálculo comienza la ictericia, es casi concomitante, en dos o tres días sucede todo.

Lo otro que quería resaltar es que yo no quiero decir que el diagnóstico sea sencillo, no, sigue siendo difícil, pero a medida que se van conociendo más casos va tomando una fisonomía particular, se van a ir ajustando las cosas, se van a ir teniendo en cuenta sutilezas diagnósticas que antes no se tenían en cuenta y entonces va a adquirir la peritonitis biliar por perforación espontánea de la vía biliar principal ciertos caracteres que nos van a permitir, si no hacer diagnóstico de certeza, hacer diagnóstico presuntivo con un buen grado de seguridad.

Con respecto a lo que decía la Dra. Castiglioni, de que este enfermo se haya salvado, estoy de acuerdo, que tuvimos, la enferma y yo, mucha suerte.