

Peritonitis biliar y embarazo a término

Dres. NICOLAS DAVIDENKO, RAUL PRADERI, SILVIO MELOGNO
y LUIS CAZABAN *

Vamos a relatar la historia de una peritonitis biliar que se operó en circunstancias muy especiales: inmediatamente después del parto.

HISTORIA

C. C. de C. Hospital de Clínicas. Reg. 325.858.

Múltipara de 26 años con antecedentes de dispepsia hiposténica, cólicos hepáticos a repetición y síndrome coledociano. Cursando un embarazo de 7 meses

y medio comienza con dolor punzante en epigastrio, muy intenso, fijo, sin irradiaciones y que se acompaña de vómitos profusos. Concomitantemente presenta ictericia intensa, coluria y acolia. Fiebre de 38º-39º. Ingresa al Hospital de Rivera (4-10-971) donde se le administra hidratación por vía parenteral, analgésicos y antibióticos.

A los cuatro días de internación tiene el parto en cefálica con niño normal.

En el puerperio inmediato presenta distensión abdominal progresiva y acentuación de la sintomatología antedicha, motivo por el cual es enviada a este Hospital y vista en el Servicio de Emergencia. Está febril, con los ojos hundidos, sudorosa, mucosas secas e ictericas. El abdomen se encuentra enormemente distendido con el ombligo desplegado y dolor difuso a la palpación predominando en hipogastrio. No se logra palpar hígado ni bazo. Existe matidez de flan-

Adjunto, Profesor Adjunto, Residente y Docente Adscripto de Cirugía. Facultad Med. Montevideo.

Trabajo de la Seccional de Hígado y Vas Biliares de la Clínica Quirúrgica "B" Prof. Jorge Pradines. Hospital de Clínicas. Montevideo.

Presentado el 8 de agosto de 1973.

cos. En hipogastrio se aprecia trasmisión de onda líquida.

Examen genital: Sangre negra no fétida, en la vagina. Cuello reblandecido y acortado. Orificio externo permeable al dedo. El útero está aún aumentado de tamaño. Fondos de saco y Douglas dolorosos.

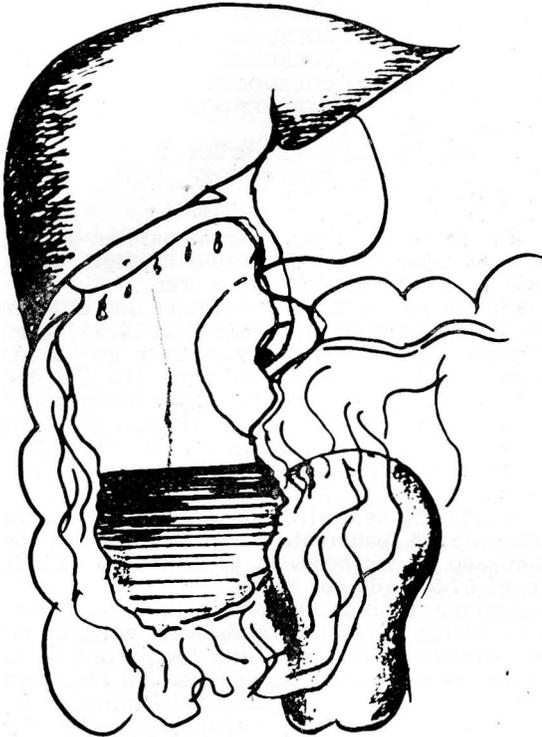


FIG. 1.—Se aprecia la bolsa properitoneal bloqueada por epiplón y limitada arriba por la vesícula

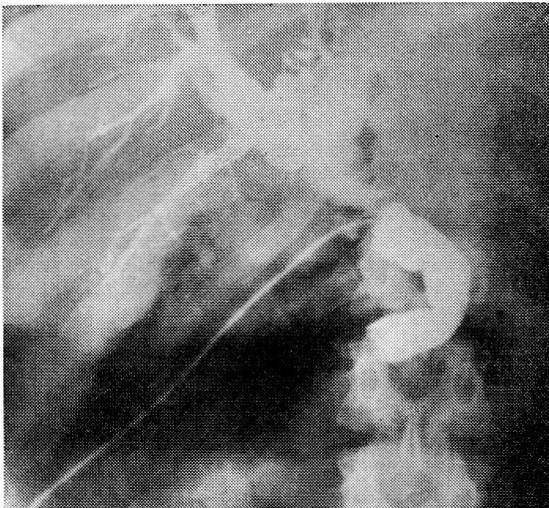


FIG. 2.—La colangiografía operatoria que mostró el cálculo enclavado en la papila.

Se resuelve intervenir con el diagnóstico de peritonitis.

Primera operación: 19/10/71. Anestesia general. Dres. Melgno y Cazabán, Pte. Int. Incisión transversa de hipocondrio derecho. Al abrir el vientre fluye abundantísimo líquido a tensión de aspecto bilioso, se aspiran en total 15 litros. No se reconocen macroscópicamente elementos hidáticos en él. Se comprueba la existencia de un enorme saco previsceral que se extiende desde la región subhepática hasta la pelvis con paredes bastante organizadas. El hígado y la vesícula biliar parecen normales. Esta última no tiene cálculos a la palpación externa. No existe ningún quiste ni cavidad hepática. Se dejan varios drenajes en la bolsa: subhepático, de flanco derecho y suprapúbico.

Se interpretan los hallazgos operatorios como una colección intraperitoneal biliar previsceral sospechando que el origen de la misma puede ser hidático, dada la ausencia de aparente patología vesicular.

En el postoperatorio, sigue dolorida, febril (38º), sudorosa. Con discreta ictericia de piel y mucosas y buen estado de hidratación. En el examen abdominal se aprecia un ligero dolor en hipocondrio derecho.

En los días sucesivos persiste el síndrome febril en ganchos que llegan hasta 39º. Se mantiene la ictericia con coluria e hipocolia. Por el drenaje subhepático drenan entre 600 y 200 cc. diarios de bilis.

Con el diagnóstico de peritonitis biliar a evolución subaguda y obstáculo de la vía biliar principal, posiblemente litiasico, se decide la reintervención.

Segunda operación: 26-10-971. Anestesia general. Dres. R. Praderi, Davidenko y De Pena.

Incisión transversa de hipocondrio derecho constatándose un magma inflamatorio que hace sumamente difícil la disección. Se comprueba la persistencia de la bolsa previsceral encontrada en la primera intervención. Ella limita hacia arriba con la cara inferior del hígado contactando con la vesícula biliar, hacia abajo llega a la pelvis, hacia adelante al peritoneo parietal anterior y hacia atrás se apoya en el epiplo mayor, las asas delgadas y el colon derecho (Fig. 1).

Se individualiza la vesícula cubierta por una patina fibrosa que se continúa sobre el hígado, el ángulo cólico derecho y la bolsa antedicha. Se libera efectuando una colecistotomía. Vienen detritus mucosos y barro pero no cálculos. La pared tiene el aspecto macroscópico de la colesterosis.

Se realiza colecistectomía de fondo a cuello. Al seccionar el cístico sale bilis a presión y barro biliar. Se coloca allí una sonda Nelaton y se realiza la colangiografía que demuestra una vía biliar dilatada y algo angulada, con una gruesa imagen en su porción inferior que corresponde a un cálculo (Fig. 2). El páncreas está engrosado y edematoso. Se hace una coledocotomía longitudinal por la que se extrae un grueso cálculo yuxtapapilar, constatándose una papila amplia con buen pasaje al duodeno. Se deja un tubo de Kehr y drenaje subhepático. El estudio microscópico muestra una colecistitis aguda supurada. En la colangiografía postoperatoria se ve una vía biliar normal con excelente pasaje papilar. Se retira el Kehr a los 26 días. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

COMENTARIO

La presencia de una colección peritoneal previsceral con un contenido cercano a los 15 litros es excepcional por su volumen. El famoso caso de Clairmont y Haberer (4) conte-

1910	HARTIG	9º mes	Parto	PERITONITIS	1º Dren. Perit.	2º COLECISTOST.	F. 2 ms. desp.
1937	STONE	8º mes	Cesárea	PERITONITIS		COLECISTOST.	B.
1956	ABITBOL	7º mes	Parto	PERITONITIS		COLECISTOST.	Muerte Op.
1963	ASHBY	9º mes	Parto (14 ds. desp.)	PERITONITIS		COLECISTOST. Y COLECISTECT.	B. B.
1964	MOREWOOD	6º mes	Parto a término	PERITONITIS		COLECISTECT.	B.
1966	VALLS	9º mes	Parto (25 ds. desp.)	PERITONITIS		COLECISTOST.	B.
1966	BOTTO	9º mes	Parto	PERITONITIS		COLECISTOST.	B.
1970	STEINHOFF	9º mes	Parto (11 ds. desp.)	PERITONITIS		1º COLECISTECT. Y COLEDOCOT.	
					Litiasis res.	2º COLEDOCOT. Y PAPILOTOMIA	B. B.
1971	AUTORES	7º mes	Parto	PERITONITIS	1º Dren. Perit.	2º COLECISTECT. Y COLEDOCOT.	B. B.
					Litiasis res.		

nía 8 litros. Estas bolsas recuerdan en su mecanismo de formación a las peritonitis biliohidáticas subagudas o crónicas, cuyos sacos de enquistamiento, estamos acostumbrados a encontrar en nuestro país.

Las peritonitis biliares durante y después del embarazo han sido señaladas por varios autores como se puede ver en el cuadro siguiente.

Observando este cuadro se puede apreciar que las peritonitis biliares se presentaron al final del embarazo, haciéndose evidentes después del parto en los casos de Hartig (6), Abitbol (1) y en el nuestro. Las observaciones de Ashby (3), Valls (20) y Steinhoff (17) fueron peritonitis puerperales. La enferma de Botto (20) dio a luz antes de operarse, pero ya existía el diagnóstico de peritonitis pues había hecho un colapso. El parto se produjo con feto muerto. Las observaciones de Stone (18) y Morewood (12) fueron verdaderas peritonitis del embarazo. En todas las observaciones, el estado grávido puerperal constituyó un factor importante en el retardo del diagnóstico. Además de complicar la situación materna, la peritonitis adquirió formas particulares como el de nuestra enferma que vio crecer su vientre después de alumbrar. La muerte fetal o del recién nacido se produjo en algunos casos.

En presencia de un derrame biliar intraperitoneal el examen del árbol hepatobiliar instrumental y colangiográfico debe ser rutinario, pero la gravedad de la enferma y la hora en que se intervino en la primera operación, no permitió hacerlo.

Es un hecho conocido que estas peritonitis se ven muy a menudo por permeación del árbol biliar debida o asociada a una hipertensión por obstáculo distal (4, 8, 11, 16). Este es generalmente un cálculo que provoca además una pancreatitis (9, 15).

En nuestra enferma presumimos después de la primera operación, la presencia de una litiasis coledociana inadvertida. Los hechos demostraron la realidad de esta hipótesis. El único cálculo existente determinó sucesivamente una ictericia, y una hipertensión biliar con peritonitis por permeación acompañada posiblemente de una pancreatitis, episodio éste que no podemos demostrar.

Las pancreatitis por cálculo papilar descritas por Opie (13) a principio de siglo, serían más frecuentes de lo que se cree.

Lo que sucede muchas veces es que el cálculo obstructor migra al duodeno (5, 14, 22) (pancreatitis por migración) y aparece en las materias fecales. Uno de nosotros (R. P.) reoperó una paciente con una pancreatitis por litiasis residual papilar y no encontró el cálculo sino una papila entreabierta. Tejerina (2) y Valls (21) encontraron los cálculos en el duodeno.

Acosta (2) demostró este hecho, pues en una serie de 24 pancreatitis agudas constató por tamizado de las heces la presencia de cálculos en el 87.5 % de los casos.

Aunque algunos autores (7, 10) describieron pancreatitis durante el embarazo, creemos que esta situación lo mismo que las peritonitis biliares, es solo una coincidencia. La multiparidad de muchas de las pacientes explica la frecuencia de litiasis en embarazadas. En ellas la peritonitis durante el embarazo sería una simple complicación intercurrente de sus litiasis biliares.

Suiffet (19) en su documentado trabajo sobre abdomen agudo en el embarazo, toma cifras de la literatura que oscilan entre 0.03 % y 0.0008 % de colecistitis aguda durante la gravidez.

RESUMEN

Relatamos una observación de peritonitis biliar por permeación operada después del parto. La paciente durante el embarazo había hecho una ictericia obstructiva. Se operó en agudo evacuando 15 litros de líquido bilioso de una bolsa preperitoneal sin encontrar perforación de la vía biliar que no se drenó.

Con la sospecha de litiasis coledociana fue reintervenida 15 días después, extrayéndosele un cálculo enclavado en la papila que había determinado secundariamente la ictericia y la peritonitis biliar; acompañada posiblemente de pancreatitis aguda y reflujo por el mecanismo de Opie.

RÉSUMÉ

Travail concernant une observation de péritonite biliaire par perméation opérée après accouchement. Pendant la grossesse la patiente avait souffert d'une jaunisse obstructive. Elle fut opérée à chaud et on évacua

15 litros de líquido bilieux d'une bourse préperitoneale sans rencontrer de perforation de la voie biliaire, qui ne fut pas drainée.

Soupçonnant une lithias cholédoque on procéda à une nouvelle opération 15 jours plus tard et on retira un calcul enclavé dans la papille, qui avait provoqué la jaunisse et la péritonite biliaire, accompagnée vraisemblablement de pancréatite aiguë et de reflux par le mécanisme d'Opie.

SUMMARY

After childbirth a patient underwent surgery for choleperitoneum due to permeation. During pregnancy she had suffered from obstructive jaundice. Surgery was performed in an acute phase, 15 litres of biliary liquid were drained from a preperitoneal pouch but the biliary tract, which was not drained, was not perforated.

A fortnight later cholelithiasis was suspected, she was re-operated and a gallstone imbedded in the papilla was removed; this was the determinant cause of both jaundice and choleperitoneum and had possibly been accompanied by acute pancreatitis and backflow caused by Opie's mechanism.

BIBLIOGRAFIA

1. ABITBOL, M. Rupture of the common bile duct as a cause of maternal death. *An. J. Obst. & Gynec.*, 6: 599, 1958.
2. ACOSTA, J. y LEDESMA, C. La migración de cálculos biliares como causa de pancreatitis aguda. *Bol. Trab. Acad. Arg. Cir.*, 55: 324, 1971.
3. ASHBY, E. C. Perforation of common bile-duct with pancreatitis after childbirth. *Brit. Med. J.*, 1: 170, 1965.
4. CLAIRMONT, P. und VON HABERER, H. Gallige peritonitis ohne perforation der gallenwege. *Mittel. Grenz. Mep. Chir.*, 22: 154, 1911.
5. DWORKEN, H. Recent experiences with spontaneously disappearing gallstones. *Gastroenterology*, 38: 76, 1960.
6. HÄRTIG. Beiträge zur perforation und nekrose der gallen blase. *Beitr. Klin. Chir.*, 68: 362, 1910.
7. LANG MADE, C. and ED MONSON, H. Pancreatitis in pregnancy and post partum. *Surg. Gynec. Obst.*, 92: 43, 1951.
8. LEBORGNE, J., LE NEEL, J., VISETT, J. et MOUSSEAU, M. Les peritonites biliaires. *Ann. Chir.*, 26: 133, 1972.
9. LUNA, C. Coleperitoneo pancreático. Peritonitis bilipancreática. *Prensa Méd. Arg.*, 40: 3017, 1953.
10. MARCUS, M. Akute pankreasserkrankungen und gestation vorgeange. *Brun. Beitr. Klin. Chir.*, 149: 129, 1930.
11. MENDY, F. Peritonitis Biliar sin perforación aparente. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 27: 450, 1956.
12. MOREWOOD, G. and PILKINGTON, R. Biliary Peritonitis in pregnancy. *Brit. Med. J.*, 2: 744, 1965.
13. OPIE, E. Etiology of acute hemorrhagic pancreatitis. *Bull. John. Hopkins Hosp.*, 12: 182, 1907.
14. PELLISSIER, G. Faut-il opérer certains pancreatitis aiguës. *Mem. Acad. Chir.*, 89: 223, 1963.
15. ROGNON, L. et PILLET, J. Perforation spontanée du choledoque au cours d'une pancreatitis aiguë aedematouse. *Mem. Acad. Chir.*, 91: 847, 1965.
16. STALPORT, J., BODDAERT, J. et LETAWE, P. Peritonite biliaire sans perforation. *Acta Gastroenterolog. Belgica*, 32: 973, 1969.
17. STEINHOFF, N. and TUCKER, G. Non traumatic perforation of the common duct. *Amer. Jour. Surg.*, 121: 334, 1971.
18. STONE, W. Perforation of the gall-bladder occurring in the late stage of pregnancy. *J.A.M.A.*, 109: 1903, 1937.
19. SUIFFET, W. Abdomen agudo de causa extra-genital durante el estado grávido puerperal. *Cong. Urug. Cir.*, 16: 2, 1965. Pág. 194.
20. VALLS, A., BALBOA, O. y ASINER, B. Peritonitis biliares. *Cir. Urug.*, 40: 412, 1970.
21. VALLS, A. Comunicación personal.
22. VAYRE, P., CHATELIN, C. et ROUX, M. Les pancreatitis aiguës au cours des migrations lithiasiques a travers la voie biliaire principale. *J. Chir.*, 87: 141, 1964.

DISCUSION

DR. SUIFFET.—La observación presentada es muy interesante desde diversos puntos de vista. No tenemos experiencia en esta situación de peritonitis biliar en el estado grávido puerperal. Esto es muy importante, porque en los Servicios Materno Infantiles de Asignaciones Familiares, que funcionan desde hace 18 años, no ha habido ninguna situación como la referida. En este lapso de 18 años, se han atendido casi 100.000 partos. Hemos asistido a todas las complicaciones quirúrgicas que han presentado las pacientes en estado grávido puerperal. No hemos observado ninguna peritonitis biliar. La serie presentada por el Dr. Davidenko, es una recopilación de casos de diversos autores, que presentan cada uno de ellos una o dos observaciones similares a la de la comunicación. La incidencia de esta situación es totalmente independiente del estado grávido puerperal. El problema que crea este estado, es la dificultad de diagnóstico, pero creemos que esa dificultad se genera en un problema particular y es la falta de conjunción del conocimiento obstétrico y del conocimiento quirúrgico en la misma persona, lo que es un hecho perfectamente comprensible.

Cuando se produce una infección peritoneal en el embarazo cercano a su término o a término, se crea una situación muy difícil para el diagnóstico. La dificultad se origina en el problema diagnóstico y además en las alteraciones que la agresión peritoneal produce sobre el estado uterino. A veces se instala una hipertonia uterina que hace aún más compleja la situación. Solamente después de producida la evacuación uterina, se puede apreciar con toda su magnitud, la semiología de la afección intercurrente. Esto puede hacer dilatar el diagnóstico en más de 48 horas. Hemos operado casos de peritonitis apendicular 2 y 3 horas después del parto, en pacientes que cursaban una situación clínica difícil y donde sólo se pudo hacer el diagnóstico definido, luego de la evacuación uterina. Este es el real problema en el diagnóstico de las afecciones abdominales agudas en estado grávido puerperal.

Un segundo aspecto de los comentarios se refieren a la peritonitis biliar. En la Sociedad de Cirugía ya fue discutida la expresión de peritonitis biliar y la extensión verdadera del término. Sin entrar en grandes disquisiciones, creemos que hay que distinguir dos formas de peritonitis biliar o sea la que se genera por la agresión química de la bilis y la que pre-

sentada además la infección por gérmenes sépticos. Una pregunta al ponente: ¿la bilis que se obtuvo en la primera intervención, cultivó algún germen microbiano?

Hemos observado 2 casos de peritonitis biliar crónica aséptica no tabicada, verdaderas ascitis biliares, en el postoperatorio alejado (30 días) de colecistectomía. Recibimos estos casos y reoperados se evacuaron 5 a 6 litros de líquido peritoneal bilioso. En ambos casos no se cultivaron gérmenes. La cavidad peritoneal puede reaccionar frente a la agresión química aséptica de la bilis y llegar a la producción de una ascitis biliosa o de una peritonitis crónica enquistada con bilis. Pero si hay infección es muy difícil que se pueda sobrellevar la situación, dada la infección peritoneal. De manera que sin entrar en excesos en la terminología, creemos que la observación presentada corresponde a una ascitis biliosa o a un coleperitoneo y que en el líquido evacuado existía bilis pero también importante exudación peritoneal.

La observación presentada es muy interesante y muestra como se pueden crear situaciones tan complejas y la manera de resolverlas.

DR. VALLS.—Lo otro que llama la atención, es el mecanismo de producción de esa peritonitis biliar, ha sido por una distensión del colédoco con un cálculo impactado. Cuando yo presenté el trabajo hablé de la importancia de las peritonitis biliares secundarias a una obstrucción coledociana, porque puede haber peritonitis biliares secundarias a una lesión vesicular, y secundarias a una obstrucción coledociana. Las peritonitis secundarias a una obstrucción coledociana son enormemente graves porque todo el contenido biliar se vierte al peritoneo, toda la bilis que produce el hígado en 24 horas. En cambio, en las peritonitis de origen vesicular, la cantidad de bilis es menor, de ahí la menor gravedad. En este caso, lo interesante es que tenía un solo cálculo y estaba en el colédoco, y no hay ningún cálculo en la vesícula, de manera que el cuadro agudo que tuvo fue una obstrucción aguda del colédoco con distensión vesicular y permeación.

Es importante el hecho. Ese cálculo puede estar a nivel del colédoco o en la papila. Nosotros operamos una enferma, que el Dr. Davidenko citó, y encontramos un cálculo enclavado en la ampolla de Vater como debajo de una campana. Le abrimos el colédoco, le pudimos sacar el cálculo, le hicimos una colangiografía después, y la vía biliar era absolutamente permeable, y la enferma marchó perfectamente bien. Esas colecciones son enormemente graves, y seguramente el retardo aquí está vinculado al hecho de que la enferma era portadora de un embarazo. La enferma que citaba el Dr. Davidenko que nosotros presentamos, también se hizo un diagnóstico tardío en virtud de que habían aparecido en el puerperio.

DR. MÉROLA.—Ya es raro que una enferma tenga una monolitiasis de colédoco sin litiasis vesicular, y de ahí para adelante todo lo que se ha relatado es toda una coincidencia de situaciones excepcionales.

Las personas que comunican el caso hablan de cavidad properitoneal. Sabemos que sobre esa nomenclatura hay también una gran discusión, es aquella vieja idea que el quiste hidático estaba en realidad por delante del peritono parietal anterior, o algunas bolsas hidatídicas eran pre-peritoneales (o pro-peritoneales). Sabemos que esto no es así. Pre-visceral, pre-epiploica, diría yo: se usaba aquella palabra antigua de pro-peritoneal, que yo creo que era simplemente una derivación de un término mal empleado. Nosotros en muchos libros leemos bolsa o cavidad pro-peritoneal, palabra que en sí, etimológicamente no tiene sentido, y que muchos interpretan como un vicio de lenguaje en lugar de pre-peritoneal.

Yo quiero simplemente hacer un comentario, una comparación con un caso también de cavidad pre-epiploica, completamente bloqueada del resto del abdomen; es un caso excepcional operado por el Dr. Mannaro en el Hospital Italiano; enfermo que hizo un infarto mesentérico parcial, que afectó un metro y medio de intestino aproximadamente, y que cursó su infarto siendo operado a los 12 días del accidente sin oclusión intestinal, y que al operarlo tenía una cavidad pre-epiploica con las asas comprometidas a la cual llegaba por un borde y salía por el otro el intestino sano.

Es decir, que se formó por una circunstancia no biliar y no hidática una cavidad pre-epiploica cerrada, que contenían un metro y medio de intestino delgado infartado, que el enfermo toleró 12 días, que fue operado con éxito y que falleció a los 15 ó 20 días de un infarto cardíaco.

De manera que, también excepcionalmente otras cosas que el quiste hidático y otras cosas que la filtración biliar pueden crear esas bolsas pre-epiploicas les llamaría yo, cerradas, herméticas, independizadas del abdomen visceral.

Cuesta imaginarse qué dislocaciones, qué movimientos y qué adherencias y en qué momento se fue constituyendo esa patología que presentó la enferma en la operación, cuando sabemos que después del parto hay una gran dislocación de todas las vísceras, que habían sido llevadas hacia arriba durante el embarazo. De manera que uno piensa que esta bolsa se haya formado en realidad en el postparto, que el cuadro biliar y la ictericia se instalaron y provocaron un parto prematuro, pero la filtración, seguramente fue posterior y fue del puerperio, porque si no cuesta imaginarse que con un útero casi a término, es decir de 7 meses y medio se haya podido constituir una bolsa tan perfecta con el epiplón.

DR. DAVIDENKO.—Agradezco los comentarios realizados y debo señalar que no cultivo la bilis en la primera operación.