

## ***Ileo biliar. Peritonitis por perforación intestinal debida a paracentesis diagnóstica***

Dres. HUGO SAEZ, PEDRO ARRIAGA y LUIS A. CAZABAN \*

El ileo biliar plantea al cirujano de urgencia diversos problemas diagnósticos y terapéuticos de compleja resolución. La observación clínica que traemos a consideración tiene interés en base a:

- 1) su tratamiento tardío debido a la confusión diagnóstica;
- 2) la conducta seguida sobre el polo biliar;
- 3) la complicación peritoneal derivada de una paracentesis diagnóstica mal indicada.

M.A.S. Historia 5097. H. de Clínicas.

Se trata de una paciente de sexo femenino, de 63 años, que ingresa el 31-7-73 por vómitos y dolor abdominal. Su historia actual comienza dos días antes con dolor en hipocondrio derecho, de aparición brusca, tipo puntada, intenso, irradiado a hipocondrio izquierdo e hipogastrio. Esa noche presenta vómitos abundantes, de carácter bilioso, que calmaban algo el dolor. El día siguiente es vista por médico y tratada con antibióticos y antiespasmódicos, pasando relativamente bien, sin dolor ni vómitos. El día del ingreso, por la tarde, reaparece el dolor y los vómitos, con iguales caracteres que al inicio, acompañados de ruidos abdominales. Vista nuevamente por médico es enviada al hospital. Todo el cuadro cursa en apirexia. No moviliza el intestino ni expulsa gases desde el inicio.

*Antecedentes personales.* Dispepsia hiposténica selectiva para excitobiliares y cólicos hepáticos desde hace muchos años. Nunca presentó ictericia. Apendicectomizada hace muchos años. Hace un año se le diagnosticó carcinoma de endometrio grado 1 por lo que se efectúa radioterapia y posteriormente histerectomía total con colectomía y anexectomía.

*Examen al ingreso.* Enferma obesa, algo deshidratada, apirética, mucosas de coloración normal. El abdomen se moviliza bien con la respiración, no impresiona como distendido. Cicatriz mediana infraumbilical con anillo de eventración en la parte alta, a contenido intestinal que se reduce con facilidad. Se palpa borde hepático regular a la inspiración profunda. No se palpa vesícula. No hay reacción peritoneal. Parece existir matidez declive de flancos. Tacto rectal: ampolla libre, Douglas indoloro. Radiografía simple de abdomen efectuada en Puerta muestra gases en delgado y colon, sin niveles.

El cuadro del ingreso se interpreta como un síndrome suboclusivo, que dado el antecedente ginecológico

de la enferma y la existencia de matidez de flancos, lleva a pensar en la existencia de una carcinomatosis peritoneal. Por esa razón se le efectúa una paracentesis diagnóstica, extrayéndose escasa cantidad de líquido color amarillento.

Como tratamiento de urgencia se realiza hidratación parenteral, antiespasmódicos, antibióticos, aspiración nasogástrica (que permite extraer 300 cc. de líquido bilioso oscuro) y enema evacuador (inefectivo).

*Evolución.* A las 12 horas del ingreso el cuadro permanece incambiado, el drenaje por la sonda nasogástrica es abundante (aproximadamente 1.500 cc.), la diuresis es normal. Los exámenes efectuados muestran un hematocrito y leucocitosis normales, urea en suero 1.35 g %, discreta hipocloremia e hiponatremia y reducción de los cloruros urinarios.

A las 36 horas del ingreso, la enferma es encontrada subjetivamente mejor, sin dolor abdominal, apirética, el abdomen no está distendido, la diuresis es normal. No obstante, el drenaje por la sonda continúa siendo abundante (alrededor de 2 litros) y no expulsa gases. Se realiza nueva punción abdominal que resulta negativa.

A las 48 horas del ingreso es vista por nosotros: ha reaparecido el dolor espontáneo, la enferma se encuentra deshidratada, abdomen distendido y difusamente doloroso a la palpación, con ruidos hidroaéreos de timbre metálico a la auscultación. Al tacto rectal: pelvis libre, recto sin materias. El drenaje por la sonda nasogástrica muestra líquido fecaloideo. Se efectúa una radiografía simple de abdomen que revela niveles en el delgado e imágenes sospechosas de neumbilia (ver figura).

Con el diagnóstico de oclusión mecánica de delgado se decide la intervención planteándose como posibilidad etiológica el ileo biliar.

*Operación.* Incisión mediana infraumbilical. Asas intestinales distendidas con abundante exudado fibrinoso entre las mismas. La exploración demuestra una oclusión obturación por cálculo biliar, situado aproximadamente a 1 metro del ángulo ileocecal. Aproximadamente a 30 cm. por encima de la impactación del cálculo se comprueba perforación puntiforme del asa ileal, con salida del contenido intestinal fuera de la misma. Se realiza enterotomía transversal a nivel de la zona de la perforación y se extrae el cálculo por la misma; se trata de un cálculo facetado de unos 4 cm. de diámetro. Se aspira con tubo de Pool el contenido intestinal. Previa resección de los bordes de la perforación, se cierra la enterotomía en dos planos con puntos separados de lino.

Se explora el recto de las asas delgadas y la región colecistoduodenal palpándose dos gruesos cálculos en este último sector.

Se cierra la incisión mediana y se realiza incisión transversa en hipocondrio derecho. Se comprueba gruesa tumefacción inflamatoria subhepática que engloba duodeno y vesícula y constituida por epiplón mayor. Se libera de afuera adentro y se llega al fondo vesicular.

Residentes de Cirugía del Hospital Maciel. Prof. Adj. Interino del Dpto. de Cirugía, Fac. Med. Montevideo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica 2, Prof. J. E. Cendán. Hospital Maciel. Montevideo.

Presentado el 5 de setiembre de 1974.

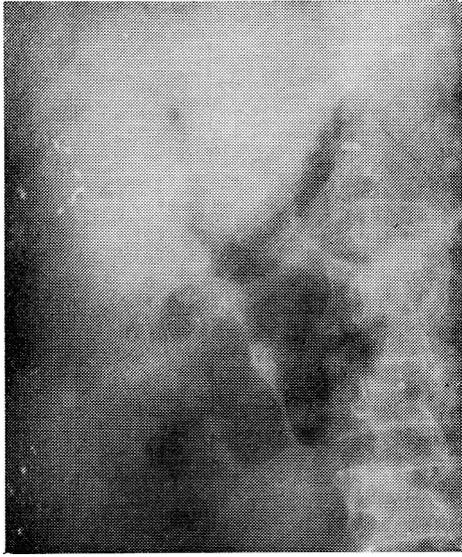


FIG. 1.—Imagen de neumobilia.

Se abre la vesícula y se comprueba fistula colecistoduodenal de bordes fibrosados, palpándose a través de la misma dos gruesos cálculos situados en la segunda porción del duodeno, el mayor de los cuales media aproximadamente 5 cm. de diámetro. Se abre la vesícula más ampliamente, pudiéndose extraer fácilmente los cálculos duodenales a través de la fistula.

Se termina la intervención realizando una colecistostomía con sonda Pezzer.

La evolución postoperatoria de la enferma fue excelente.

## COMENTARIO

Este caso presenta varios puntos de interés que deseamos destacar:

1) En primer lugar la confusión diagnóstica y la demora consiguiente en instalar la terapéutica. Hecho casi habitual en la oclusión por cálculo biliar, se vio agravado en este caso por el antecedente de la enferma de haber sido intervenida por carcinoma de endometrio, lo que llevó a pensar en un primer momento en la existencia de una carcinomatosis peritoneal.

2) A la enferma se le practicaron dos punciones abdominales con fines diagnósticos, mal indicadas ya que se trataba de un cuadro oclusivo, situación clínica que contraindica la punción abdominal (11).

La perforación intestinal encontrada fue provocada por la primera punción, y el líquido extraído fue seguramente contenido intestinal, ya que no se encontró ascitis en la exploración operatoria ni signos de enfermedad neoplásica.

3) Por último queremos comentar la conducta operatoria sobre el polo biliar. En casos como el nuestro, en que el cálculo obstructor es facetado, es obligatoria la exploración manual del resto del intestino y de la región colecistoduodenal en busca de otros cálculos (1, 4, 6, 7).

Hay autores que abogan por el tratamiento sistemático del polo biliar en el mismo acto

quirúrgico, practicando la colecistectomía y cierre de la fistula biliar (2, 3, 6, 8) para evitar complicaciones tales como ileo biliar recurrente, carcinoma vesicular y colecistitis o colangitis postoperatoria.

Creemos excesivo seguir esta conducta en forma sistemática, ya que se trata en general de enfermos muy graves, de alto riesgo quirúrgico, que no toleran muchas veces más que una intervención mínima. Por otra parte, es discutible la necesidad de una intervención ulterior sobre el polo biliar, ya que muchas veces la fistula cierra espontáneamente si no hay obstrucción en la vía biliar.

Pensamos así que la táctica de actuar sobre el polo biliar es de "necesidad". Si la exploración operatoria revela la existencia de cálculos en la zona vesicular, cuya migración al intestino es posible, se debe abordar la vesícula, extraer los cálculos y efectuar una colecistostomía. En nuestro caso, los cálculos se hallaban situados en la segunda porción del duodeno y por sus dimensiones seguramente hubieran provocado una nueva oclusión.

La fistula colecistoduodenal era de gran diámetro y bordes fibrosos, lo que traduce una comunicación biliodigestiva de larga data; ello nos permitió extraer los cálculos a través de la fistula por la abertura practicada en la vesícula, sin necesidad de abrir el duodeno. Es posible que si la fistula fuese de formación reciente, esta maniobra resultase peligrosa por la posibilidad de desgarrar del duodeno. En esta eventualidad la duodenotomía es obligatoria.

## RESUMEN

Se presenta una observación de ileo biliar múltiple con el cálculo obstructor situado en el ileon, y dos cálculos en la segunda porción del duodeno.

Se señala como complicación de una paracentesis diagnóstica la perforación de un asa distendida y la peritonitis consiguiente.

Se discute la posibilidad en todo ileo biliar, de la exploración quirúrgica del polo vesicular, indicación de necesidad y no sistemática.

## RÉSUMÉ

Présentation d'une observation d'iléus biliaire multiple avec calcul obstructif dans l'iléon et deux calculs dans la seconde portion du duodénum.

Comme complication de la paracentèse diagnostique, on signale la perforation d'une anse en distension et en conséquence la péritonite.

Discussion concernant la possibilité, dans tout iléus biliaire, de l'exploration chirurgicale du pôle vésiculaire non pas d'une manière systématique mais en cas de nécessité.

## SUMMARY

A patient suffered from multiple biliary ileus; the obstructive gallstone was located in the ileum and two others in the second portion of duodenum.

Perforation of a distended loop and consequent peritonitis complicated diagnostical puncture.

In all cases of biliary ileus surgical exploration of gallbladder pole should be performed only when necessary and not as a systematic procedure.

**BIBLIOGRAFIA**

1. ARDAO, R. Ileo biliar. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 33: 155, 1962.
2. ASINER, B. y PRADERI, R. Tratamiento de la obstrucción duodenal por cálculo biliar. *Cir. Urug.*, 41: 317, 1971.
3. BERLINER, S. and BURSTON, L. One stage repair for cholecysto-duodenal fistule and gallstone ileus. *Arch. Surg.*, 90: 313, 1965.
4. BROCKIS, J. G., GILBERT, M. C. Intestinal obstruction by gallstones. A review of 179 cases. *Brit. J. Surg.*, 44: 461, 1957.
5. BUETOW G. W. and CRAMPTON, R. S. Gallstone ileus. *Arch. Surg.*, 86: 504, 1963.
6. BUETOW, G. W., GLAUBITZ, J. P. and CRAMPTON, R. S. Recurrent gallstone ileus. *Surgery*, 54: 716, 1963.
7. CASTIGLIONI, D. Ileo biliar. *Pr. Méd. Arg.*, 58: 1575, 1971.
8. COOPERMAN, A. M., DICKSON, E. R. and REMINE, W. A. Changins concepts in the surgical treatment of gallstone ileus. *Ann. Surg.*, 167: 377, 1968.
9. MEROLA, L. y URQUIOLA, R. A propósito de dos casos de ileo biliar. *Rev. Soc. Cir. Urug.*, 37: 86, 1967.
10. PERA JIMENEZ, C. Ileus biliare *Lyon Chir.*, 57: 513, 1961.
11. PERDOMO, R. La paracentesis diagnóstica en el abdomen agudo. *Cir. Urug.*, 33: 232, 1962.