

SOBRE UN CASO DE PERITONITIS BILIAR POR ROTURA DE UN CANALÍCULO BILIAR HEPÁTICO

Prof. D. PRAT

Los casos de peritonitis biliar son relativamente frecuentes sobre todo, desde que los cirujanos se han preocupado de publicar los casos de peritonitis biliar sin perforación de las vías biliares. El caso que presentamos hoy a la consideración de la Sociedad de Cirugía, es de una etiología muy poco frecuente y ya sea por esa sola razón y por las consideraciones a que puede dar lugar, es lo que nos ha inducido a someterlo a vuestra consideración. He aquí la historia clínica.

Síndrome peritoneal. Peritonitis biliar. Litiasis biliar. — A. A. de S. uruguaya de 73 años de edad hace tiempo ya que está enferma, es atendida por crisis hepáticas de litiasis biliar.

Ha tenido frecuentemente dolores del vientre superior, parte media y derecha y alguna vez estos dolores, han sido acompañados de tinte subictérico. Con facilidad vomitaba durante estas crisis. Se le propuso varias veces el tratamiento operatorio, pero siempre se rehusó.

El 18 de enero de 1932, su médico de cabecera (Dr. B.), es llamado de urgencia, quien encuentra a su enferma, con dolores muy intensos del abdomen que datan de la noche anterior, vómitos biliosos y una gran resistencia de la pared abdominal que puede considerarse como difusa y franca.

El dolor es difuso, panabdominal, sin que exista un lugar determinado del abdomen, donde acuse más dolores. Púiso 110. Sin fiebre.

El día anterior ha evacuado regularmente su intestino.

Orina bien y ella es de aspecto normal.

Su estado cerebral a pesar de su edad es bueno y la enferma no se queja de nada.

El médico ante este cuadro solicita una consulta y ella se realiza a las 11 $\frac{1}{4}$ de la mañana.

El vientre se moviliza muy poco a la respiración.

Comunicación presentada a la Sociedad de Cirugía en la sesión del 20 de noviembre de 1935.

A la palpación, hay una resistencia general, casi contractura. No hay dolor a la compresión, ni tampoco a la decompresión brusca. Comprimiendo bastante, la enferma hace una mueca, como de dolor, pero le cuesta acusarlo. Parece haber una defensa y mayor sensibilidad en el hipocondrio derecho. Hígado chico o no se palpa por la defensa. Sonoridad abdominal a la percusión. Facies pálido, rasgos tirados, lengua con tendencia a la sequedad. Oliguria. Pulso rápido 120. Tacto vaginal no se encuentra nada de anormal. Tacto rectal. Douglas libre y recto ocupado por bolos fecales. Algunos vómitos. La enferma estaba a dieta y con hielo al vientre. Se hace una leucocitosis: 14'500 por mm. Sospechamos una perforación de la vesícula biliar, en una antigua litiásica; se esperará con hielo hasta las 6 de la tarde, si siguiera igual, o empeorara, operaremos.

A las 6 de la tarde la enferma sigue igual, ha acusado dolores y el pulso se hizo más rápido.

Operación. — Drs. Prat y Borrás (Armando). Anestesia local. Al abrir el vientre por una incisión transrectal derecha sale bilis amarilla libre, luego viene bilis negra. Brida de epiplón adherente a la vesícula, que está muy atrófica, esclerosada, muy retraída en cordón. Exploramos cuidadosamente la vesícula, buscando la perforación que da salida a la bilis, pero a pesar de la búsqueda minuciosa no se encuentra perforación alguna. Enseguida vemos que la bilis filtra como de una fuente de un pequeño orificio redondo, del tamaño de una cabeza de alfiler, que está situado en el borde anterior del hígado, que se presenta muy grueso e infiltrado. Este orificio está a unos 6 centímetros de la implantación de la vesícula. Se seca con una gasa el orificio y con esta maniobra constatamos y comprobamos la salida de la bilis que nos parece provenir de un canalículo biliar dilatado.

Para descartar la posibilidad de una cavidad quística, perforada, hacemos punciones con una aguja y aspiramos con la jeringa, pero la aguja penetra en pleno parénquima hepático sin dar nada.

Extirpación de la brida. Se abre el fondo de la vesícula y se extrae un cálculo del tamaño de un garbanzo, drenaje de la vesícula con una sonda gruesa. Páncreas engrosado. Pedículo hepático sin cálculos. Colocamos cuatro mechas en el campo operatorio, se cierra la pared en tres planos. Suero, tonicardíacos. Calor. La enferma toleró bien la operación. Al día siguiente, no obstante una tonificación intensiva, el corazón empieza a flaquear, la enferma fallece al segundo día de tarde.

No se pudo hacer la autopsia.

Por la historia que acabamos de relatar y las constataciones operatorias realizadas, podemos establecer que en nuestro caso se trataba de una peritonitis biliar en una antigua litiásica. La bilis vertida en el vientre y causante de la peritonitis, provenía

de un canalículo biliar dilatado, del borde anterior del hígado, canalículo que presentaba una perforación de unos 2 mm. de diámetro y dejaba salir abundantemente una bilis fluida y oscura, cosa que pudimos comprobar perfectamente. Tanto la vesícula biliar como las vías biliares principales, no presentaban perforación de ninguna clase, cosa que podemos asegurar porque fueron sometidas a un examen cuidadoso. Se trata pues de una peritonitis biliar a punto de partida de una perforación de un canalículo biliar cosa que no es frecuente o por lo menos, no son comunes los casos semejantes presentados a las sociedades científicas.

Tratándose nuestra enferma de una antigua litiásica, es lógico suponer que su hígado presentaba lesiones de hepatitis y muy posiblemente de angiocolitis y cirrosis, lesiones que podrían explicar la complicación que originó la peritonitis. Como no hemos realizado la autopsia, es claro que esta afirmación es a simple título de hipótesis, aunque pueda ser ésta una hipótesis muy verosímil.

Dado el sitio donde estaba situado el canal biliar que se perforó, es decir, bien superficial y frente mismo a la incisión operatoria, fué muy fácil localizar y poner de manifiesto esa perforación, pero, este caso nos ha hecho plantear la sujestión de que casos similares, cuya perforación estuviere en una región invisible o inaccesible, para la incisión operatoria practicada, podrían pasar perfectamente, como casos de peritonitis sin perforación de las vías biliares. En efecto bastaría, que esa perforación se produjera en la parte posterior de la cara inferior, o en plena cara superior o lateral del hígado para que esa mínima perforación canalicular biliar, pasara desapercibida y pudiese clasificarse el caso como una de esas peritonitis, que tan en boga están hoy día.

La poca frecuencia de estas etiologías de peritonitis biliar y el poner sobre aviso a nuestros colegas de la Sociedad de Cirugía, es lo que nos ha inducido a presentar este caso, rogándoles quieran comunicar las observaciones similares que conozcan.

Discusión. — En el curso de la discusión de esta comunicación Del Campo (J. - C.), nos ha preguntado si esa perforación que hemos encontrado en un canalículo biliar no pudo haber sido producida por la aguja al practicar la anestesia local. Lo indujo a plantear tal hipótesis, la proximidad del canal biliar perforado a la incisión operatoria que

como ya lo indicamos, estaba a unos seis centímetros hacia arriba y a la izquierda de la incisión operatoria. Creemos que en el caso presentado, la perforación del canal biliar era espontánea y que no fué provocada por la aguja de la anestesia local.

Si bien, la lesión estaba a seis centímetros hacia la izquierda de la incisión, creemos que la aguja no pudo llegar hasta ahí sobre todo que la aguja que empleamos, fué en esa ocasión, una aguja corta, de seis centímetros y que la infiltración se hizo en la parte media del recto derecho, sin haber dirigido la infiltración hacia arriba y a la izquierda, frente a la línea blanca, que es donde estaba localizada la perforación.

Por otra parte, el cuadro peritoneal que constatamos en las proximidades del mediodía, se fué acentuando en las horas de observación, hasta hacerse muy marcado y evidente a las seis de la tarde. Quiere decir pues, que la causa de la peritonitis existía ya antes de haber practicado ninguna punción, y ese estado peritoneal se fué acentuando hasta hacerse bien evidente. Además, la investigación intraperitoneal que realizamos no puso en evidencia ninguna otra causa de peritonitis más que la perforación biliar, cosa que no correspondería a la realidad de los hechos, pues si existía el cuadro abdominal peritoneal, antes de la punción, en la operación tendría que haberse encontrado la lesión etiológica de la peritonitis, además de la perforación biliar, en el supuesto caso que ésta hubiese sido provocada por la punción anestésica. Todas estas consideraciones, nos permiten afirmar categóricamente que la perforación del canal biliar hepático, no fué producida, en nuestro caso, por la punción anestésica.

En mi práctica profesional he constatado sólo dos veces, la punción de la *vesícula biliar*, por las inyecciones anestésicas, observaciones que en oportunidad publicaremos.