

NEUMATOXIS ESPONTÁNEA DE LAS VÍAS BILIARES

Juan C. DEL CAMPO y José P. OTERO

Los casos que presentamos a la consideración de la Sociedad de Cirugía, presentan de interés la comprobación radiológica de un relleno gaseoso espontáneo de las vías biliares intrahepáticas.

Sin constituir una comprobación excepcional lo cierto es que los documentos no son numerosos; más aún, podríamos decir que son contados los referentes a ciertas situaciones de urgencia en los que precisamente su utilización puede ser de gran valor para el diagnóstico.

Las primeras comprobaciones al respecto se remontan a los *estudios radiológicos sobre las fístulas bilio digestivas* (colédoco o colecisto-duodenales, gástricas o cólicas) y bilio-bronquicas cualquiera que sea la causa de estas fístulas (litiasis biliar, úlcera duodenal, cáncer de estómago, procesos hepáticos abiertos en bronquios, anastomosis biliodigestivas operatorias).

Después del caso inicial de Carman (1917), (*relleno baritado de las vías biliares*) en un examen contrastado de estómago (cáncer pilórico habiendo ulcerado las vías biliares), es necesario esperar al año 1921 (Busi) para encontrar el primer caso de visualización espontánea por *relleno gaseoso* de dicha vía biliar.

Las comunicaciones sucesivas se refieren durante varios años exclusivamente a fístulas y el relleno gaseoso señalado en algunas de ellas ha sido encontrado ya sea después del examen baritado que había visualizado la comunicación (es lo más frecuente), ya sea como comprobación primaria. De todos modos puede decirse que en todos ellos se trataba de enfermos fríos, examinados en período de calma, dando tiempo por lo tanto para un estudio minucioso comprobando la suposición y permitiendo determinar la solución a tomar.

Cualquiera que sea el interés de estos casos es indudable que es mucho menor que el de los que vamos a considerar.

En éstos se trata en general de enfermos graves, urgentes y la demostración de una neumatosis de la vía biliar no puede ser sometida a comprobación, siendo la interpretación exacta de la placa elemento fundamental para el pronóstico y clasificación del caso.

De hecho una neumatosis espontánea de la vía biliar principal puede ser debida a 2 causas.

- 1) A una fístula biliodigestiva.
- 2) A una supuración gazógena.

La primera tiene especial interés en cirugía de urgencia en los casos de *ileus biliar*.

Con razón se ha insistido sobre las dificultades del cuadro clínico en el que las calmas y agravaciones sucesivas llevan a veces a un aplazamiento de la intervención hasta un momento como el caso 1º nuestro en el que al ingresar al Hospital ha pasado ya el período de operabilidad.

Hasta ahora el diagnóstico radiológico sólo podía hacerse por la comprobación de:

- 1) Ileus del delgado, ampollas gaseosas y niveles líquidos del delgado, falta de gases en el colon.
- 2) Visualización del cálculo obstructor.

Actualmente puede afirmarse que tanto valer como esto tiene la asociación de:

- 1) Ileus del delgado.
- 2) Neumatosis espontánea de la vía biliar.

El relleno gaseoso de la vía biliar principal y accesoria es explicada en estos casos ya sea por la existencia de una fístula biliodigestiva, (en general colecisto duodenal) determinada por el pasaje del cálculo, ya sea por la beancia de la ampolla de Vater cuando el cálculo ha pasado a través de ella.

A este elemento primordial, se une la distensión intestinal por la obstrucción calculosa favoreciendo la inyección gaseosa de la vía biliar.

Actualmente sin ser numerosos ya hay unos cuantos casos comunicados. Entre los que hemos podido encontrar citaremos los de:

1934	.....	Paul
1936	.....	Powers (Caso de 1932)
1940	.....	Powers (Caso de 1923)
1936	.....	Schmutzler
1938	.....	Petren (5 casos, en 9 investigados)
1939	.....	Hellmer. (Citado por Petren, caso de 1930)
1939	.....	Petren (1 caso)
1939	.....	Guido Gotta (1 caso)

Con ciertas restricciones puede considerarse como el primero el caso de Busi (1919).

A nadie escapará pues la conveniencia práctica de conocer estos hechos que permiten una vez adquiridos diagnosticar al firme la causa de la oclusión, y que ignorados, sólo han sido encontrados por muchos de los que han publicados casos, incluso nosotros después del acto operatorio o de la autopsia.

Pero una neumotosis puede aparecer también en una *supuración gaxógena*.

En lo que respecta a las infecciones vesiculares este hecho es bien conocido en nuestra Sociedad a la cual fué presentado un caso por A. Fossatti con el título de Pionumo-colecistitis en el año 1932.

Recordamos también el hermoso casos de Simón reproducido como el anterior en la tesis de agregación de nuestro colega el Prof. P. Larghero y el caso de Hegner.

Y agregaremos por último un caso de M. C. Rodríguez (de Buenos Aires).

Pero la neumatosis de la vía biliar principal como comprobación radiológica parece ser más rara. Sólo hemos podido encontrar los casos de Berg (4, de los cuales 2 post-operatorios) y 1 caso citado por Borman y Riegler.

Es a esta modalidad que corresponde nuestro primer caso en orden cronológico.

He aquí las observaciones:

CASO 1. — V. C., italiano, 53 años, jornalero.

Ingresa al hospital en la madrugada del día 18 de abril de 1940 por cuadro agudo de vientre datando de 5 días, con síndrome oclusivo franco. A la una de la mañana se comprueba la historia siguiente: esando en perfecta salud, el sábado 13 comienza con dolores abdominales difusos

a tipo cólico que se localizan predominantemente alrededor de la zona umbilical y que se generalizan secundariamente a todo el vientre. A este cuadro acompañan vómitos precoces, alimenticios primero, biliosos más tarde y que desde ayer miércoles son oscuros. Movi6 el intestino normalmente el primero y el segundo día de su enfermedad, pero desde hace tres días hay detención absoluta de materias y gases a pesar de lavajes repetidos practicados que sólo consiguen acentuar los dolores abdominales. El estado general va declinando, sed intensa. Nota que desde ayer el vientre se va distendiendo.

Examen. — Hora 1. Abdomen tenso, balonado, con sensibilidad dolorosa difusa atenuada. No hay lugares de dolor exquisito. Duele el hipocondrio derecho bajo el reborde costal. Hay ruidos intestinales a la auscultación del vientre. Dada la extrema gravedad del cuadro se decide no intervenir y se hace tratamiento médico.

Hora 9. Persiste el mal estado general, pulso chico, incontable por momentos. El cuadro abdominal no ha variado. Tiene vómitos fecaloideos. Se hace radioscopia y radiografía de urgencia (fig. 1). Lavaje de est6mago y tonificación.

Se trata de una oclusión intestinal alta muy evidente en estado de suma gravedad.

Hay antecedentes litiasicos francos: cólicos hepáticos con ictericia en dos oportunidades.

Hora 12 y 30. Igual estado general, pulso chico 136, pr. art. 8 y 3. Se decide intervenir.

Intervención. — Dr. Otero, Pract. Villamil. Anestesia local. Mediana infra umbilical pequeña. Abierto el peritoneo aparecen ansas distendidas. Se buscan asas vacías y siguiéndolas se llega a un asa que contiene un grueso cálculo. Se exterioriza esa ansa cuyo estado anatómico es bueno, se incinde y se extrae un cálculo de tamaño de una ciruela, previa protección, coprostasis, etc. Cierre del intestino y de la pared. La operación no pudo ser más atraumática pues se hizo con anestesia local y un mínimo de maniobras de exploración. Sin embargo el enfermo fallece 24 horas después a causa de su toxemia.

En suma: ileus biliar operado en una etapa ultra-tardía.

Radiografía (fig. 1). — Estudiada la radiografía después de la operación se comprueba un evidente relleno de los canales hepáticos por gases.

CASO N° 2. — J. M. N., 74 años.

Difícil de interrogar por su edad y por su estado.

Hace 8 días empieza a sufrir de dolores a tipo de cólico, poco intensos en hipocondrio derecho y epigastrio. Continuó así hasta 6 horas antes de su ingreso, momento cuando sus dolores aumentaron mucho de intensidad, haciéndose subintransentes. Tuvo un vómito.

Examen. — Mal estado general, puso 100, regular, manos frías. Temperatura axilar 46.4. Marcada ictericia.

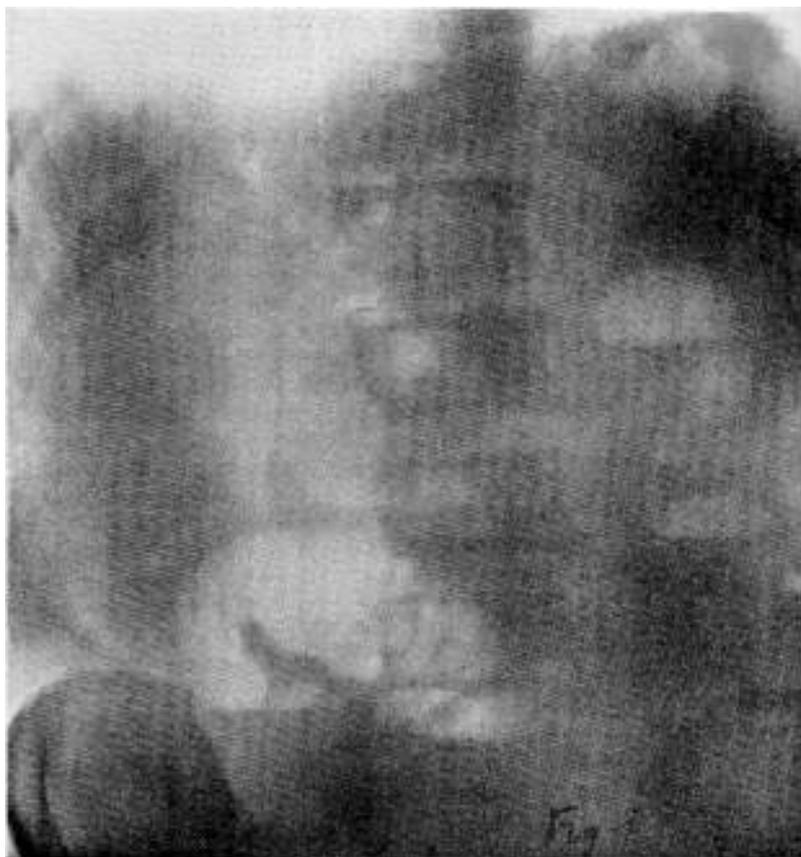


FIG. 1. — Caso 1: Ileus del deigado. Niveles líquidos. Ausencia de gases en el colon. Banda ancha de gas a través de la sombra hepática y terminando en una banda vertical que corta la 1ª y 2ª vértebra lumbar. Píaca tomada en posición de pie.

Abdomen. — Algo balonado. Se observa a la inspección una saliente difusa del hipocondrio derecho. En esa extensa zona saliente se palpa a través de una cierta contractura del recto una tumoración muy anterior, a polo inferior algo redondeado, que sugiere la idea de vesícula o hígado grande. Esa tumoración es dolorosa a la palpación, desciende con los movimientos respiratorios, sus límites vagos se pierden hacia los lados.

El resto de abdomen está algo balonado y tenso, no es sensible a la palpación, no hay reacción peritoneal difusa.

Douglas libre.

Radioscopia. — Asas delgadas distendidas (aéreo-ilia) en hipocondrio derecho y fosa ilíaca derecha en poca cantidad, sin niveles líquidos. Se toma radiografía (fig. 2 y 3).

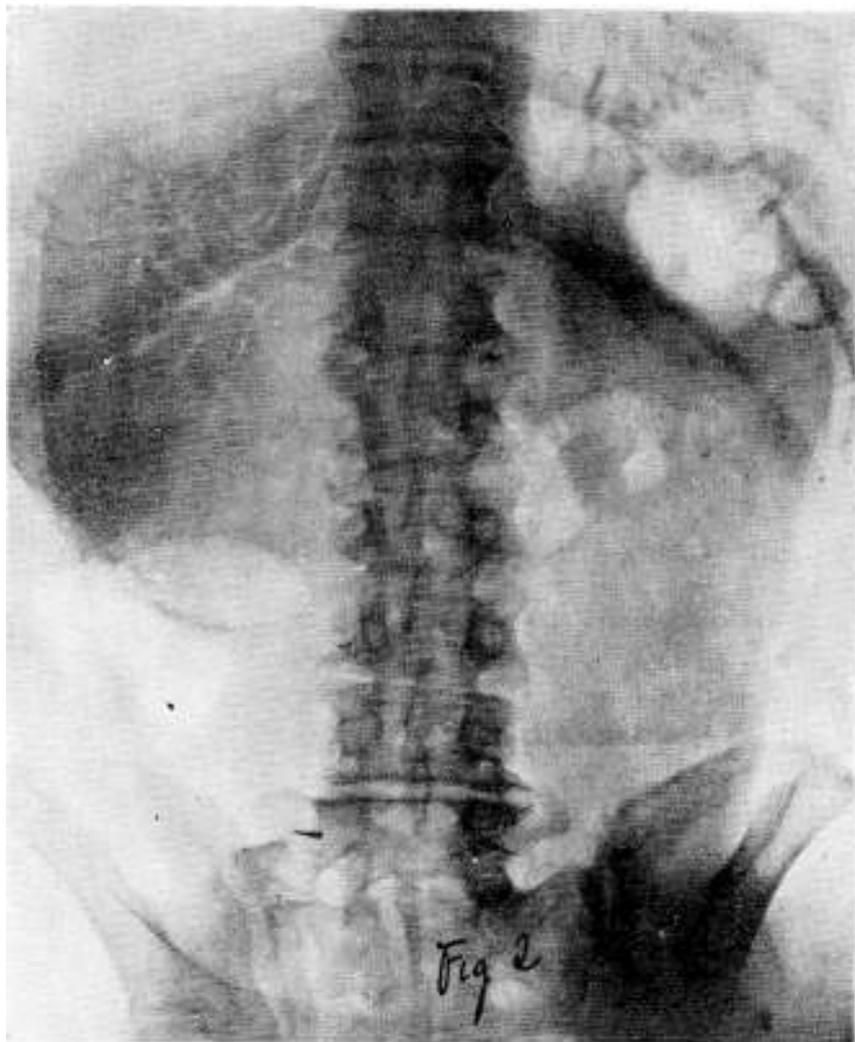


FIG. 2. — Caso 2: Placa sacada en decúbito dorsal (al ingresar). Ampollas gaseosas del delgado y del grueso. Se dibuja perfectamente la canalización biliar intrahepática.

Ingresa en observación.

El día siguiente (6 de setiembre) es visto por el Prof. Larghero quien comprueba signos generales mucho más graves: pulso 130, chico; muy intoxicado; lengua y labios secos y comprueba signos físicos más evidentes del hipocondrio derecho donde palpa una vesícula grande, muy dolorosa. Su diagnóstico clínico es de colecistitis gangrenosa.



FIG. 3. — Caso 2: Placa en posición de pie tomada al ingresar. Ampollas gaseosas del delgado y del grueso. A partir de una imagen hidro-aérea, situada a derecha de la II vértebra lumbar se ve la bifurcación del hepático y luego la canalización intra-hepática.

Radiografía del abdomen del día 5: se observa el dibujo de las vías biliares intra-hepáticas llenas de gas.

Lo mismo se observa en la radiografía del día 6; (fig. 4) árbol biliar perfectamente dibujado por su contenido gaseoso. Además, más abajo, sombras de cálculos.

Intervención. — Dr. Larghero. Anestesia local. Incisión para-mediana.

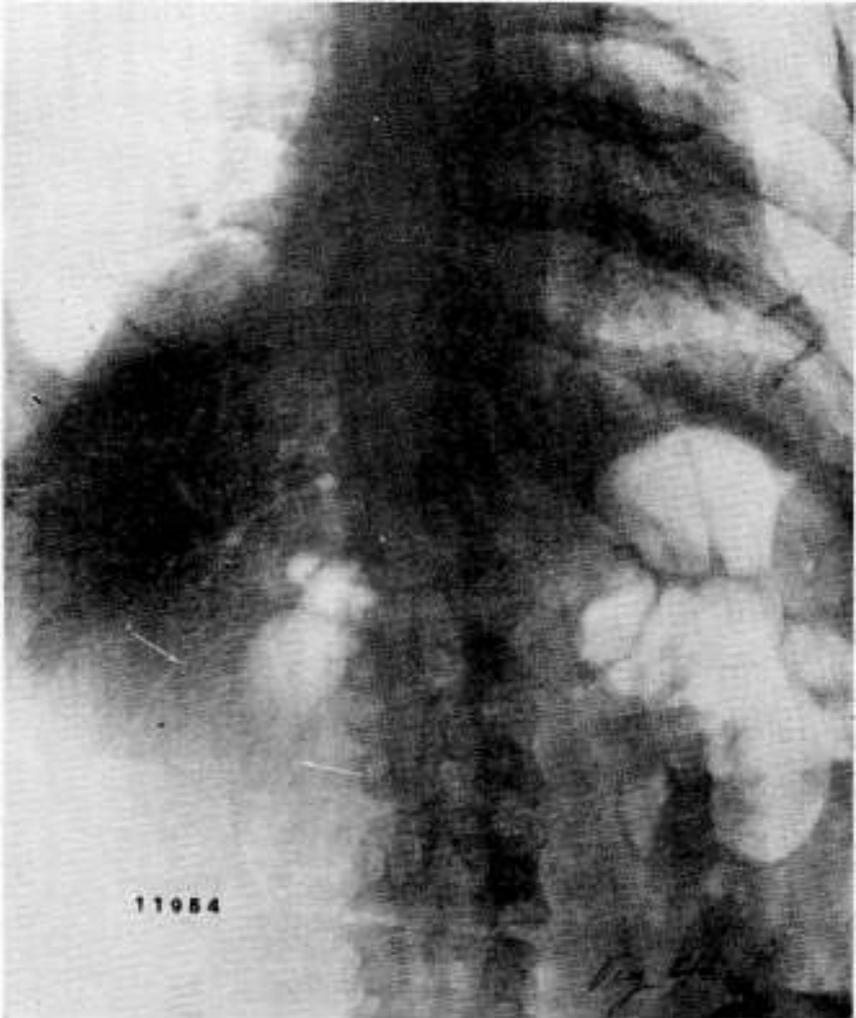


FIG. 4. — Caso 2: Placa en decúbito dorsal sacada horas después (Dr. Larghero). La inyección gaseosa de las vías biliares ha aumentado visiblemente. Dibújase además el contorno de la vesícula biliar y 3 ó 4 cáculos dentro de ella.

Peritoneo libre. Hígado de color rojizo aparentemente normal. No se aprecian cambios en su color y consistencia. Epiploon adhiere al fondo y cara inferior de la vesícula que es enorme, alargada. Punción previa protección. El émbolo de la jeringa es levantado con fuerza por gases hasta 8 ó 10 cms. y después viene líquido color amarillo rojizo. En un

momento que se salió la aguja, el líquido salía burbujeando por el orificio de la pared vesicular. Se abre la vesícula. Pared engrosada pero flácida como ciertos apéndices gangrenados. Cara interna rojo oscura, sangrante, con zonas verdosas. Se extraen unos treinta cálculos. Se coloca sonda Petzzer. Cierre por planos. Piel se deja abierta.

El examen directo y cultivos del líquido vesicular desarrollaron el bacilo perfringes.

Fallece a los cuatro días.

Necropsia. — Serosidad hemorrágica en la cavidad peritoneal. Ansa delgadas dilatadas color rojo obscuro.

Vesícula. — Vesícula grande de paredes gruesas, callosas. Contiene numerosos cálculos facetados. La mucosa se reconoce bastante conservada en la región del fondo; en el cuerpo y cuello aparece ulcerada y revestida de exudado y grumos necróticos. El canal cístico está libre. En el colédoco dilatado como un dedo meñique se encuentran cálculos facetados: hay uno en la ampolla de Vater asomándose al orificio; otros en el colédoco.

Hígado. — Aumentado moderadamente de volumen, de color gris verdoso, opaco. Vesículas de enfisema bajo la cápsula de Giisson. En la parte media del lóbulo izquierdo se encuentra un foco destructivo con gases. Al corte del hígado se encuentran otros focos gangrenosos con gases bajo tensión. El foco correspondiente al lóbulo izquierdo presentaba una perforación en su cara inferior, perforación pequeña, irregular, de 1 cm. por 1 cm. El pequeño epiploon y cara anterior pequeña curvatura del estómago sobre la que se aplicó el foco gangrenoso perforado son de color rojo vinoso y se encuentran vesículas gaseosas de enfisema sub-seroso que se extiende a distancia sobre ambas caras del estómago.

Las venas portas y sus ramas de origen están distendidas por gas bajo tensión. La vena cava inferior, espermática derecha y ramas de origen de la primera están enormemente distendidas por gases y coágulos. Al seccionarla junto al orificio de abocamiento en la aurícula salen coágulos negruzcos recubiertos por vesículas de gas.

Riñón. — Voluminosos. Vesículas de enfisema gangrenoso al corte. Había también burbujas gaseosas en pulmón y miocardio.

Diagnóstico anatómo - patológico macroscópico:

1º) Enteritis (yeyuno) catarral, hemorrágica y pseudo membranosa difterioide con enfisema gangrenoso.

2º) Litiasis biliar, colecistostomía.

3º) Focos necróticos gangrenosos y gaseosos en el hígado. Uno de ellos con perforación ulcerosa de la cápsula del hígado. Peritonitis.

4º) Enfisema gangrenoso del bazo, riñones y miocardio.

Los dos casos que presentamos caracterizan pues las dos situaciones principales en que la neumatosis de las vías biliares

puede presentarse y dan la indicación de cuanto debe ser buscada.

Ella debe pues ser investigada en todos los ileus del delgado primeramente y los casos de Petren demuestran su frecuencia en los ileus biliares.

Ella debe también ser buscada en las afecciones hepáticas agudas, en las angiocolitis, en las hepatitis, en los casos sospechosos de abceso hepático.

Aunque su posibilidad parece ser mayor en casos graves, no escaparían los subagudos y aun mismo algunos fríos.

Berg que ha prestado particular atención a este último asunto, señala en su último trabajo, 4 casos.

De ellos 2 corresponden a casos serios, de apariencia séptica. Los dos últimos son más interesantes, pues son rotulados clínicamente como el sufrimiento post-operatorios después de colestectomía.

En uno de ellos la apariencia de las vías biliares durante el acto operatorio era normal y es sólo a pedido del Prof. Berg que el Prof. Konzetzny hace una punción del coledoco encontrándose una bilis clara cuyo cultivo dió colibacilo.

En el 2º caso el examen bacteriológico del jugo duodenal muestra raros enterococos, bacilos lácticos y colibacilos instituyéndose un tratamiento médico de su infección biliar.

Es interesante señalar a este respecto aunque no haya sido objeto de investigación radiológica, una observación de Lahey. Refiriéndose a la dilatación del esfínter de Oddi con dilatadores metálicos, maniobra aconsejada por Allen, cita 2 casos de infección ascendente con bacilos gaseosos atacando al hígado y terminando fatalmente. Es indudable que el examen radiológico podía haber hecho posible la determinación en vida de la naturaleza de la afección.

Una última anotación, aunque es fácil individualizar las dos situaciones en que aparece la neumatosis de las vías biliares intra hepáticas es posible que en algunos casos contribuyan los dos factores, es decir la penetración de gas del tubo digestivo y la flora gazonosa ya que ésta proviene del tubo digestivo también.

Recordemos que en nuestro caso 2, caso evidente de supuración gazonosa había un cálculo en la ampolla de Vater que asomaba en el duodeno.