

## CONDUCTA QUIRURGICA FRENTE A LA PERFORACION VESICULAR EN PERITONEO LIBRE

Dr. Eduardo Anavitarte

La perforación vesicular en peritoneo, crea un problema que es necesario estudiar detenidamente. Acompañando la colecistopatía aguda, proceso causal inmediato de la perforación, existe un estado patológico complejo que no podemos en manera alguna limitar sólo al sector vesicular del árbol biliar y creemos pues útil considerar, como ya ha sido propuesto en nuestro medio, a la colecistitis aguda como un proceso inflamatorio más o menos intenso con o sin participación de litiasis, necrosis, isquemia e infección, que afecta no sólo a la vesícula si que también al árbol biliar extra e intrahepático, a la glándula pancreática y sus conductos.

Preferimos así clasificarlos como procesos bilio-hepato-pancreáticos agudos y los sub-clasificamos a su vez de acuerdo a la predominancia en su localización pero sin dejar de pensar en la complejidad de la situación. Así decimos: síndromes vesiculares dominantes; síndromes pancreáticos dominantes y síndromes he-

páticos dominantes, recalcando siempre que la afección no se limita estrictamente a uno de los territorios sino que casi siempre hay un compromiso mayor o menor de los otros dos componentes.

Vamos a considerar hoy una complicación cada vez menos frecuente, dado el criterio intervencionista actual, de los procesos vesiculares dominantes y es la perforación en peritoneo libre.

Acompañando a la colecistopatía aguda existe una reacción congestivo edematosa perivesicular y paralítica de órgano hueco (íleo regional) que en general tabica el proceso al producir fenómenos adherenciales víscero-peritoneo epiploicos que lo limitan a una logia cerrada y la perforación se hará en ella creando una peritonitis localizada, que como han insistido muchos, sería más frecuente que lo que generalmente se supone.

Enfriados esos procesos traerían por consecuencia la involución del foco séptico perivesicular y la constitución de una pericolecistitis crónica adhesiva (peritonitis plástica perivesicular). Se comprende que cuando el proceso adherencial que hemos descrito se produzca especialmente sobre las vísceras huecas vecinas, es decir, primera porción del duodeno, colon transversal o estómago, el proceso inflamatorio puede ser tal que a la adherencia más o menos rápida siga un proceso perforativo que constituya una fístula colecisto intestinal que podrá ser el primer tiempo de un íleo biliar.

Resumiendo el proceso perforativo podrá traer dos consecuencias: peritonitis o coleperitonitis tabicada y perforación vesicular en órgano hueco vecino. Al lado de estos dos procesos fundamentales estaría el menos frecuente de la perforación vesicular en peritoneo libre que podrá tener también por consecuencia la producción de una peritonitis trivial o una coleperitonitis. Este proceso perforativo debe producirse tan precozmente como para preceder a los fenómenos adherenciales que tienden a impedir la diseminación del proceso. Se produce en general en colecistitis agudas graves de tipo gangrenoso o supurado gangrenoso o en aquellas en que la distensión vesicular ha llegado al límite de resistencia de la pared vesicular que falla por exceso de tensión, por diástasis. Al lado de estos dos meca-

nismos tendríamos el producido por la acción ulcerativa de decúbito de uno o varios cálculos, sobre todo por el enclavado a nivel del bacinete.

La colecistitis gangrenosa con placas de necrosis isquémica puede producir una solución de continuidad que explique el pasaje del contenido vesicular al peritoneo. Dejamos expresamente de lado los procesos de filtración sobre los que ha insistido Leriche y cuya patogenia podría ser explicada, cuando no hay obstrucción cística calculosa, por el reflujo del jugo pancreático constituyendo un ejemplo de la complejidad del proceso.

Aceptado cualquiera de estos mecanismos, hagamos notar una vez más que en el 85 % de los casos el factor primario del proceso agudo vesicular, es la obstrucción cística calculosa que podrá ser o no completa. Si la obstrucción es completa la peritonitis será similar a la producida por una apendicitis aguda y no habrá pasajes de bilis al peritoneo por lo menos en las primeras etapas de la diseminación. Pero si la obstrucción es incompleta o no ha existido o el cálculo se ha desenclavado o si ha pasado al peritoneo porque el proceso perforativo se produce en el cuello de la vesícula por ulceración de decúbito calculosa, pasa bilis al peritoneo quedando constituida una coleperitonitis aguda sobre cuya gravedad es obvio insistir.

El cirujano se encuentra frente a una colecistopatía aguda bruscamente agravada en la cual se ha injertado un episodio de dolor brusco con desaparición de la vesícula palpable si la había y la aparición de signos de peritonitis difusa.

La conducta expectante nadie la podría sostener en este momento.

Abordado el foco vesicular podemos encontrarnos frente a situaciones distintas pero nunca debemos olvidar que estamos tratando un doble proceso peritonitis o coleperitonitis y proceso vesicular dominante más o menos complejo por la coexistencia de lesiones más o menos importantes en el resto del árbol biliar, en el páncreas y también en el hígado. Que sea un proceso vesicular dominante no quiere decir que no pueda haber una litiasis concomitante del colédoco con o sin sintomatología clínica, pericoledocitis edematosa, hipertensión y dilatación del árbol biliar, oditis y proceso pancreático edematoso y hasta necrótico.

Todo esto debe ser bien balanceado. La peritonitis obliga al drenaje, que será local y general del peritoneo, pero ¿qué hacer con la vesícula perforada? Las situaciones no se pueden esquematizar pues cada caso es un problema distinto, pero hay directivas generales que deben ser respetadas. Consideramos inútil y peligroso la exploración sistemática del árbol biliar en el proceso agudo. Creemos se debe evitar la apertura y el drenaje coledociano salvo situaciones verdaderamente excepcionales.

No debemos olvidar que la vesícula sirve para drenar el árbol biliar en estos procesos complejos bilio-hepato-pancreáticos con hipertensión del sistema.

Si la pared vesicular ha fallado por diastasis, en general nos hallamos frente a la perforación de un hidropiocolécisto que no creará graves problemas, que el cirujano podrá resolver con una colecistectomía si el estado general del enfermo lo permite o por el contrario una colecistostomía con extracción del cálculo si la situación de la perforación permite utilizarla para tal fin.

El grave problema se produce cuando estamos frente a la grave lesión vesicular (colecistitis gangrenosa e isquémica, supurada, con pasajes de bilis al peritoneo) y además grave participación bilio pancreática. Quedan frente a eso dos soluciones: la colecistectomía total o parcial con drenaje de la bilis por el cístico y si esto no fuera posible el drenaje total amplio del foco tabicando el proceso con mechas para lograr la exteriorización del proceso patológico y permitir la constitución de una fístula biliar que se tratará secundariamente. Entre estos dos casos extremos tenemos toda una gama de procesos intermediarios que serán tratados por colecistostomía siempre que se sospeche una participación bilio-pancreática.

Sobre lo que nosotros queremos insistir es en que la conducta de extirpación vesicular, de colecistectomía sistemática en las perforaciones vesiculares es a menudo peligrosa, pues se olvida con esta conducta que esa vesícula más o menos enferma en su pared, puede ser en ese momento una vía útil de drenaje del árbol biliar necesaria para tratar un proceso complejo extendido a todo el árbol bilio hepato pancreático, drenaje que sería difícil y peligroso realizar por el conducto común.