

Peritonitis biliar

Dr. ROBERTO PERDOMO *

Siendo la peritonitis biliar un tema al cual hemos aportado nuestra contribución (1) y a cuyo estudio nos hemos dedicado especialmente, nos parece oportuno realizar ahora esta contribución al trabajo del Dr. Valls y col. sobre el mismo tópico. Nos interesa examinar dos aspectos en particular: la definición y el diagnóstico.

DEFINICION

Es preciso insistir que por peritonitis biliar debemos entender peritonitis de origen biliar, y no peritonitis con exudado bilioso. En forma similar a cuando nos referimos a una fístula biliar externa, entendemos siempre fístula de origen biliar con independencia del aspecto del exudado.

Naturalmente, en la mayoría de los casos las peritonitis biliares ofrecen exudados biliosos, pero las hay con exudado purulento puro como lo muestran las observaciones registradas en la literatura y en la práctica. Por otra parte, el aspecto del exudado bilioso puede encontrarse en circunstancias ajenas a la peritonitis biliar, como sucede en las perforaciones gastroduodenales y en la ascitis biliosa de un paciente icterico.

Una colecistitis aguda que da lugar a una peritonitis por difusión o por perforación es una peritonitis biliar, sea que genere por tal mecanismo un exudado peritoneal bilioso o purulento, y aunque una circunstancia sea corriente y otra de excepción.

Un aspecto parcial dentro del tema sería considerar en forma exclusiva a las peritonitis con exudado bilioso, para lo cual

existe el término de coleperitonitis agudas que engloba el grupo de casos mayoritario, pero no la totalidad.

DIAGNOSTICO

Tenemos registradas 15 observaciones de peritonitis biliar. En el cuadro siguiente presentamos algunos de sus caracteres que se relacionan con el aspecto diagnóstico. Nítidamente se destacan los siguientes puntos:

a) Una permanente falta de diagnóstico correcto en la etapa clinicoradiológica. Aun el diagnóstico genérico de peritonitis difusa está ausente en la mayoría de los casos.

b) El diagnóstico se obtiene en todos los casos en que se usó la paracentesis con resultado positivo. Como tal entendemos desde varios centímetros de líquido hasta una simple gota de exudado que se deposita sobre una lámina al desplazar el émbolo de la jeringa. Parece algo elemental, pero a menudo hemos visto considerar negativa una paracentesis al no ingresar líquido a la jeringa.

c) Cuando se logra un exudado bilioso —como sucede en la mayoría de los casos— la paracentesis ofrece una orientación diagnóstica más completa que cuando el exudado es purulento. De todas maneras el diagnóstico de peritonitis difusa es seguro en todos los casos, si logramos excluir la ascitis biliosa.

d) Antes de la paracentesis, la desorientación diagnóstica trae como consecuencia un retardo en la resolución quirúrgica más o menos prolongado y siempre perjudicial para el paciente. Tres de los 4 casos fallecidos se anotan entre los retardos por más de 24 horas.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 1º de julio de 1970.

* Docente Adscripto de Cirugía (Facultad de Medicina de Montevideo).

Paracentesis diagnóstica y peritonitis biliar

Obs. Nº	Diagnóstico		Retardo op.*		Laparotomía	Diagnóstico operatorio	
	Inicial	Paracent.	Inicial	Paracent.			
1.	Oclusion delgado.		No.		Inadecuada.	P. B. Exud. bilioso. Perf. vesicular.	C.
2.	Apendicitis aguda.		No.		Inadecuada.	P. B. Exud. bilioso. No perf. aparente.	C.
3.	Colecistitis sobreaguda.		No.		Adecuada.	P. B. Exud. biliopurulento. No perf. aparente.	C.
4.	Peritonitis, ulcus perf.		No.		Inadecuada.	P. B. Exud. purulento. No perf. aparente.	C.
5.	Peritonitis neoplásica, suboclusión colon, etc.	P. biliar.	72 horas.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bilioso. Perf. vesicular.	C.
6.	Colecistitis aguda.	P. biliar.	16 horas.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bilioso. No perf. aparente.	C.
7.	Pancreatitis aguda.	P. biliar.	48 horas.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bil. Perit. bilio- pancreática.	C.
8.	Suboclusión delgado.	P. biliar.	24 horas.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bil. Perit. pancreá- ticobiliar.	C.
9.	Infarto mio cardio, pan- creatitis, etc.	P. biliar.	36 horas.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bil. Perit. bilio- hidática aguda.	C.
10.	Colecisto- pancreatitis.	P. purulenta.	12 horas.	No.	Inadecuada.	P. B. Exud. purulento. Perf. vesicular.	C.
11.	Neoplasma estómago.	P. purulenta.	24 horas.	30 h.	Adecuada.	P. B. Exud. purulento. Perf. vesicular.	F.
12.	Colecisto- pancreatitis.	P. biliar.	8 horas.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bilioso. No perf. aparente.	F.
13.	Tifoidea.	P. a exud. bilioso.	96 horas.		No se opera.		F.
14.	No se formula.	P. biliar.	72 horas.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bilioso. No perf. aparente.	F.
15.	No se formula.	P. biliar.	No.	No.	Adecuada.	P. B. Exud. bilioso. Perf. vesicular.	C.

Retardo operatorio, inicial y postparacentesis.
Evolución: C, curación; F, fallece.

e) Los diagnósticos clinicorradiológicos que conducen al retardo son aquellos que plantean posibilidades de tratamiento médico: colecistitis aguda, pancreatitis aguda, suboclusión intestinal, infarto del miocardio, tifoidea, etc. Otros diagnósticos, aunque erróneos, implican de todos modos la necesidad de una resolución inmediata y tienen así menor trascendencia: apendicitis aguda, úlcus perforado, oclusión del delgado, etc. La laparotomía permite corregir el rumbo en estos casos.

f) Cuando se actúa quirúrgicamente en base al diagnóstico clinicorradiológico o luego de una paracentesis que demuestra líquido purulento, suele errarse el diagnóstico topográfico y se ubica mal la primera incisión. Ello no sucede cuando se ha objetivado un exudado bilioso por paracentesis.

RESUMEN

Se hacen consideraciones relativas a la definición de peritonitis biliar.

Se presentan 15 observaciones agrupando sus caracteres en relación a los aspectos de interés diagnóstico y destacando el valor de la paracentesis para una orientación correcta.

RÉSUMÉ

Considérations concernant la définition de la péritonite biliaire.

Présentation de 15 observations où sont groupées les caractéristiques qui intéressent la partie diagnostique de la maladie, et où est soulignée l'importance de la paracentèse comme orientation correcte.

SUMMARY

The paper gives a definition of biliary peritonitis and 15 case histories are discussed.

Their characteristics are grouped according to aspects of interest for the purpose of diagnosis. Paracentesis is of value in correct diagnosis.

BIBLIOGRAFIA

1. PERDOMO, R., GILARDONI, F. y QUINTERO, A. Peritonitis biliar. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, 34: 225, 1963.

DISCUSION

Dr. Bermúdez: Entiendo que peritonitis biliar es una peritonitis que se origina por el pasaje de bilis a la cavidad peritoneal proveniente de la canalización biliar, a cualquier altura, pero es una peritonitis que contiene bilis.

Cuando la peritonitis se origina en la canalización biliar por otros procesos, pero no contiene bilis, le llamo peritonitis de origen biliar.

Dr. Barquet: A propósito de los distintos ejemplos que se han dado para deslindar el valor de la presencia de bilis en el peritoneo, considero que el ejemplo más interesante es el caso de quiste hidático de hígado roto en peritoneo, con todas sus posibilidades y de ahí las distintas nomenclaturas: peritonitis hidáticas con o sin bilis de Del Campo, colehidatoperitoneo de Dévé, etc., donde se hace hincapié en la presencia o no de bilis, discriminación cuya importancia no escapará al juicio del Dr. Perdomo, pues la versión de bilis en cavidad peritoneal posee un significado patológico particular.

Dr. Raúl Praderi: Sobre la nomenclatura de las afecciones quirúrgicas o no quirúrgicas creo que hay que ponerse de acuerdo en una cosa. Si queremos le cambiamos los nombres a todas, y a las peritonitis le ponemos otro nombre. Pero no somos nosotros los indicados para cambiar la nomenclatura. Si mañana quiero revisar la casuística internacional sobre peritonitis biliar, voy a buscar en el Index Medicus, lo haré por peritonitis biliar. Encontraré allí los casos de enfermos en que se derramó un líquido que tenía colesterol, pigmentos biliares, sales biliares, etc., en la cavidad peritoneal. Ahora bien, si quiero cambiarle el nombre, o el Dr. Perdomo quiere cambiarle el nombre, no hay ningún inconveniente. Lo mismo si nosotros nos queremos cambiar los apellidos, no hay ningún inconveniente, los cambiamos todos. Pero la nomenclatura de las cosas se usa para facilitar el entendimiento. Entonces, si en la literatura internacional se llama una afección de tal manera, más vale seguir haciéndolo así.

El otro problema, que creo que es la mécula de esta presentación del Dr. Perdomo, y en la cual estoy de acuerdo, es que las peritonitis biliares tienen una serie de características clínicas que a veces son solapadas y se diagnostican puncionándolas u operándolas.

Lo trascendente del problema es el valor de la punción. Hace años que hago punción abdominal, y creo que hay dos afecciones que se diagnostican preferentemente con ella: los hemoperitoneos y las peritonitis biliares.

Es un procedimiento que tiene falsos negativos, todos los conocemos, y que puede tener accidentes; he visto puncionar un abdomen y sacar materias fecales en la aguja. No me quedo tranquilo con ese enfermo si después no se opera. Y cuando he puncionado un enfermo y lo he operado, siempre me he preocupado de buscar si he perforado algo que no debería haber puncionado. Por eso me interesa la opinión del Dr. Perdomo que tiene experiencia y le pregunto: ¿Qué pasa si se punciona el intestino delgado u otro órgano? Creo que en un intestino delgado que no está ocluido no pasa nada, en un intestino grueso que no está ocluido no pasa nada, y en un árbol biliar que no está en hipertensión tampoco. El otro día me pasó algo que voy a relatar porque creo que es útil. Un enfermo con un cuadro poco claro, en el cual sospeché que había una ascitis, tenía un hígado grande y una historia compleja, con una reacción peritoneal. No sabía si había una ascitis. Lo puncioné del lado izquierdo y saqué un líquido claro, citrino, que no me convenció. Como tenía una macidez del lado derecho, hasta la cresta iliaca, le puncioné allí. Saqué bilis pura límpida y pensé: "O tiene una peritonitis biliar enquistada localizada en esa región, o puncioné la vía biliar"; lo operé. El enfermo tenía un cáncer secundario de hígado, y había puncionado la vesícula biliar. o encontré el orificio de perforación ni bilis en el peritoneo. Creo que es constructivo saber esto. Cuando opero vías biliares y punciono la vesícula no me quedo tranquilo, aunque creo que si no hay hipertensión biliar no pasa nada, cosa completamente distinta a cuando se punciona un árbol biliar que tiene hipertensión por un obstáculo distal. Con ese enfermo me quedé más tranquilo haciéndole una colecistostomía que tal vez no era necesaria.

Dr. Valls: Me veo obligado a hablar porque presenté un trabajo sobre peritonitis biliar la sesión pasada, y de acuerdo con lo que dije estoy en absoluto de acuerdo con lo que dijeron el Dr. Bermúdez, el Dr. Barquet y el Dr. Praderi.

Me fui a fijar después en los libros de cirugía de urgencia, hay peritonitis de origen biliar, ahí sí estamos de acuerdo, las peritonitis que se originan en la vía biliar y que no tienen bilis son de origen biliar porque se originan en la canalización biliar, pero sin bilis. Y las otras sí, son peritonitis biliares, las que tienen bilis.

En lo otro que también estamos de acuerdo es respecto a las punciones; nosotros las hemos realizado.

De modo que estoy de acuerdo con el Dr. Suiffet desde el punto de vista práctico; estamos discutiendo un poco por cuestión de nombres, que creo que es una cosa secundaria, aunque es importante.

Dr. Perdomo: El número de los comentarios, que agradecemos, hacen la respuesta un poco compleja. Procuraremos responder en general a los aspectos principales planteados.

En primer lugar, estimo importante propender a darle unidad a los hechos en la terminología corriente. Al estudiar inicialmente el tema de las "peritonitis biliares", nos hallamos de inmediato ante ese problema. Naturalmente, cuando expresamos que estamos frente a una peritonitis apendicular o sigmoidea —y vale lo mismo decir "de origen" apendicular o sigmoideo—, todos comprendemos que estamos manejando como valor más importante el *topográfico* en relación a la víscera cuya enfermedad ha generado el proceso peritoneal y, desde luego, con abstracción de que el exudado sea purulento, hematopurulento, fecaloideo, etc. A la inversa, cuando al incindir en el bajo vientre el cirujano encuentra un exudado bilioso, su preocupación inmediata es determinar si se trata realmente de una peritonitis biliar —de origen biliar— o de una perforación ulcerosa gastroduodenal; no tendría sentido el diagnóstico de peritonitis biliar ante la simple observación de un exudado bilioso.

Por otra parte, comparando procesos patológicos vemos que, por ejemplo, cuando una fístula da bilis no la llamamos fístula biliar. Luego de una fistulografía, afirmaremos recién fístula biliar o fístula duodenal. Y si esa fístula da líquido purulento o mucopurulento y su estudio demuestra el "origen biliar", la llamamos también fístula biliar, naturalmente.

No comprendemos bien la diferencia ni creemos que tenga sentido constructivo llamar peritonitis biliares a las con exudado bilioso y "de origen biliar" a aquellas con exudado purulento de la misma fuente. Más aun, si aceptáramos el concepto de inscribir como mejor lo que resultare más útil en la práctica, creemos también que mucho beneficiaría la unificación de ambas circunstancias bajo el rótulo de peritonitis biliares. A nuestro modo de ver, este es el punto más importante, por cuanto de otro modo el cirujano puede verse sorprendido frente al aspecto purulento de un exudado peritoneal, mientras explora el vientre en busca de su fuente de origen. Debe tener presente que ese hallazgo puede ser también la expresión de una peritonitis biliar, con vesícula perforada o no. Es una situación que hemos vivido y que nos lleva a insistir para dejarla bien aclarada.

En cuanto al aspecto diagnóstico, procuraré también contestar algunos de los puntos señalados.

Desde el punto de vista experimental, se ha comprobado que en un trozo de intestino aislado sometido a presión progresiva por uno de sus extremos —controlada en el otro mediante un manómetro—, luego de puncionado con varias agujas de calibre 15 a 18, es preciso alcanzar presiones superiores a 180 mm. de mercurio antes que escape de su interior el líquido de relleno teñido en azul de metileno, a través de los orificios de las punciones previas. Debe recordarse que la presión en el intestino delgado en oclusión mecánica completa es menor de 15 mm. de mercurio y en el colon de 20 mm.

De todas maneras, cuando se trata de intestino con pared distendida y patológica, aun cuando no se haya alcanzado a presiones intraluminales tan altas, creemos que existe un real peligro de perforación a través de su punción con la aguja. No hemos tenido la mala suerte de pasar por un accidente de esta naturaleza, pero es una situación a la que tememos. Por ello es que no hacemos la paracentesis en pacientes distendidos o con historia de oclusión intestinal, sin tener antes una radiografía simple del abdomen. Además, este gesto puede proporcionar el diagnóstico integral y hacer innecesaria la punción subsiguiente.

En cuanto a la punción accidental de vísceras, sin consecuencias, las hemos tenido repetidas veces. Hemos puncionado estómago, ciego y aun vesícula biliar. En todos los casos durante la exploración nos fue difícil y aun imposible reconocer el sitio de la puntura. Una víscera peligrosa es la vesícula biliar y por ello solamente por excepción puncionamos el H.D.

Otro problema que pudiera crearnos el puncionar una víscera —y lo hemos vivido— es

tomar su contenido como exudado peritoneal y hacer un falso diagnóstico de peritonitis. Ello sucede si el diagnóstico se basa solamente en la observación macroscópica del líquido extraído y no se recurre al laboratorio como complemento, lo que siempre debe hacerse e insume muy poco tiempo (tinción y observación del extendido en lámina). El laboratorio nos mostrará que no se trata realmente de un exudado, pues falta la reacción exudativa peritoneal: polinucleares, piocitos, etc.

Además, importa destacar que una paracentesis que no muestra líquido en la jeringa no es en modo alguno un examen negativo. Muchos de estos casos tienen una cantidad mínima de exudado albergado en el espesor de la aguja y basta proyectarlo sobre una lámina para que el diagnóstico resulte positivo y tan completo como el que puede resultar de objetivar varios centímetros cúbicos de líquido, con la ayuda del laboratorio naturalmente. Parece algo elemental, pero suele suceder que el cirujano aspire y devuelva la jeringa cuando no llega líquido a ella, cuando bastaría empujar el émbolo para proyectar una gota de exudado sobre una lámina y hacer el diagnóstico.