



## Peritonitis biliar por perforación espontánea de la vía biliar

Adriana C Ron Aguirre,\* María Rosa Palpacelli,\* Tamar Hajar Serviansky,\* Enrique Jean Silver,\*\* Pamela Garciadiego Fossas,\* Rocío García Merodio,\*\*\* Héctor Montiel Falcón,\* Jorge Ortiz de la Peña\*\*

### RESUMEN

Se reporta el caso de un hombre de 90 años de edad con 96 horas de evolución con dolor abdominal, náuseas, vómito y signos peritoneales. La tomografía mostró líquido libre en el abdomen. La laparotomía exploradora evidenció líquido biliar en la cavidad abdominal y rotura de la vía biliar. En la bibliografía médica esta situación es excepcional. Frecuentemente el diagnóstico de rotura de la vía biliar es tardío, lo cual implica alta morbilidad.

**Palabras clave:** peritonitis biliar, perforación de vía biliar, rotura de vía biliar.

### ABSTRACT

The case of a 90 year-old man is reported with a 96 hours history of upper abdominal pain, nausea, vomiting, and peritoneal signs. CT scan showed free fluid in the abdomen. Exploratory laparotomy showed bile in the abdominal cavity with a ruptured bile duct. This is an unusual circumstance in the medical literature. The diagnosis of biliary tract perforations is often delayed due to their non specific symptoms, which results in high morbidity.

**Key words:** bile peritonitis, biliary tract perforations.

**P**aciente masculino de 90 años de edad, que ingresó al servicio de Urgencias del Centro Médico ABC con un cuadro de abdomen agudo. Cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: hernia hiatal con tratamiento médico, hepatitis A hace quince años, hipertensión arterial sistémica de larga evolución, insuficiencia venosa superficial, tromboembolia pulmonar (TEP) 21 días antes del ingreso, fibrilación auricular crónica, síndrome de Gilbert diagnosticado en 2004. Antecedentes quirúrgicos: colecistectomía en la juventud, artroplastia total de rodilla derecha, cinco semanas antes del ingreso. Transfusionales: positivos. Su padecimiento se caracterizó por dolor

abdominal generalizado, de cuatro días de evolución, por lo que lo llevaron a un hospital donde le diagnosticaron gastroenteritis y fue dado de alta con antibióticos de amplio expectro. Los días subsecuentes continuó con dolor, falta de eliminación de gases por tres días y 24 horas previo al ingreso se agregó distensión abdominal, dolor en el hemiabdomen inferior, coluria y desorientación temporoespacial. Durante la evaluación se encontró TA: 141/80 mmHg, FC: 64 por minuto, FR: 25 por minuto, SaO<sub>2</sub>: 82% al aire ambiente, consciente, desorientado en tiempo, con tinte icterico. Ruidos cardíacos arrítmicos con adecuada intensidad, sin soplos ni agregados, abdomen ligeramente distendido, depresible con resistencia muscular moderada en el hemiabdomen inferior, peristalsis disminuida, hepatomegalia, rebote en fosa ilíaca derecha y flanco derecho. Rodilla derecha con edema, hipertermia local e hiperémica, pulsos periféricos presentes, llenado capilar 2 seg. De sus estudios de laboratorios destacó: TP: 19.5'' a 39%, INR 1.71, fosfatasa alcalina: 405 UI/L, bilirrubina total: 6.6 mg/dL, bilirrubina directa: 4.2 mg/dL. Se efectuó TAC tóraco-abdominal (figuras 1 y 2) que mostró derrame pleural derecho con atelectasia pasiva, engrosamiento de la fascia pararrenal anterior y posterior derecha con líquido hasta el hueco pélvico, cambios inflamatorios perirrenales sugerentes de pielonefritis, quistes renales en ambos riñones, plastrón inflamatorio derecho,

\* Departamento de Medicina Interna, The American British Cowdray (ABC) Medical Center, México DF, México.  
\*\* Departamento de Cirugía, The American British Cowdray (ABC) Medical Center, México DF, México.  
\*\*\* Departamento de Cardiología, The American British Cowdray (ABC) Medical Center, México DF, México.

Correspondencia: Dra. Adriana C. Ron Aguirre. Medicina Interna. Centro Médico ABC, México DF  
Correo electrónico: ron\_md@msn.com  
Recibido: junio, 2009. Aceptado: septiembre, 2009.

Este artículo debe citarse como: Ron AAC, Palpacelli MR, Hajar ST, Jean SE, Garciadiego FP, García MR, Montiel FH, Ortiz DJ. Peritonitis biliar por perforación espontánea de la vía biliar. Med Int Mex 2009;25(6):533-536.

La versión completa de este artículo también está disponible en [www.nietoeditores.com.mx](http://www.nietoeditores.com.mx)

probable colección retrorrenal, inflamación pericolónica derecha, lipoma aledaño al ilíaco derecho. Por el cuadro clínico y los hallazgos en la tomografía se realizó una laparotomía exploradora y se encontró bilioperitoneo con perforación retroperitoneal de la vía biliar y colección retroperitoneal de bilis. Se lavó la cavidad, se exploraron las vías biliares, se extrajo un lito de 1 cm, se colocó sonda en T y drenaje de bilioperitoneo; se efectuó, además, colangiografía transoperatoria. Cursó el postoperatorio inmediato en el servicio de Cuidados Intensivos, requirió

asistencia ventilatoria mecánica por 48 horas. Evolucionó favorablemente y egresó a los siete días.

## DISCUSIÓN

La perforación de la vesícula se reporta en 3 a 10% de los casos de colecistitis aguda en adultos.<sup>1</sup> La perforación espontánea de vesícula es infrecuente. El primer caso lo describió Leared en 1858, por hallazgo de autopsia.<sup>2</sup> El evento inicial en la mayoría de los casos es impacto de un cálculo, que conlleva a daño epitelial e isquemia por distensión de la vesícula.<sup>1</sup> Se definen tres grandes grupos de pacientes en riesgo de perforación de vesícula biliar: inmunodeprimidos, con colecistitis aguda con enfermedad sistémica concomitante<sup>2</sup> y mayores de 60 años, como en este caso.<sup>1</sup> La mayor parte de las perforaciones de la vía biliar son producto de daño quirúrgico.<sup>3</sup> La perforación espontánea de la vía biliar es un evento excepcional en adultos.<sup>1</sup>

La perforación no traumática de la vía biliar es una afección en cualquiera de los conductos hepáticos, que se perforan espontáneamente sin ningún traumatismo o iatrogenia.<sup>3</sup>

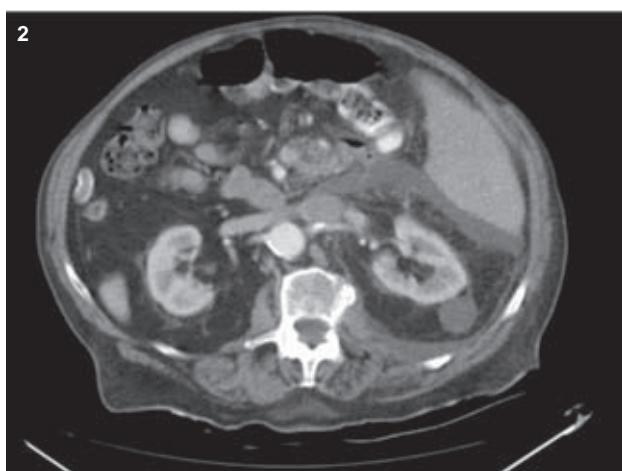
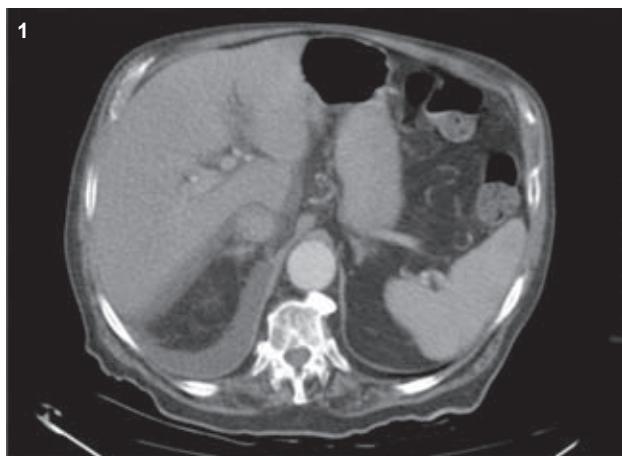
La rotura espontánea de la vía biliar es una causa de peritonitis extremadamente rara en los adultos. La mayoría de los pacientes con este problema son ancianos, tienen un periodo prolongado de síntomas antes de la manifestación y están gravemente enfermos al momento quirúrgico, como ocurrió en este caso.<sup>4</sup>

No se ha logrado establecer la patogenia de la perforación no traumática de la vía biliar, pues pareciera ser multifactorial, y el pronóstico depende de la gravedad de la enfermedad y del tiempo transcurrido antes de la resolución quirúrgica.<sup>3</sup> En caso de abdomen agudo a causa de peritonitis biliar, es fatal a menos que exista atención quirúrgica.<sup>5</sup>

Las causas que intentan explicar la perforación no traumática de la vía biliar son: 1) aumento de la presión intraductal debido a un lito impactado (como sucedió en este caso), 2) presión de una piedra que conlleva a la erosión de la pared con infección intramural, 3) divertículos ductales, 4) trombosis mural, y 5) digestión por tripsina por reflujo del jugo pancreático.

Las causas que involucran litos son las más frecuentes y las que involucran pancreatitis las menos frecuentes.<sup>6</sup>

Las explicaciones del escape biliar de una vía imperforada pueden ser: trasudación a través de los conductos en asociación con obstrucción del conducto biliar primario



**Figuras 1 y 2.** Tomografía tórax-abdominal con contraste oral y endovenoso: derrame pleural derecho con atelectasia pasiva, engrosamiento de la fascia pararrenal anterior y posterior derecha con líquido hasta el hueco pélvico, cambios inflamatorios perirrenales sugerentes de pielonefritis, quistes renales en ambos riñones, plastrón inflamatorio derecho, probable colección retrorrenal, inflamación pericolónica derecha, lipoma aledaño al ilíaco derecho.

o solubilización de la bilis, generalmente impermeable, por tripsinas liberadas durante una pancreatitis leve o sub aguda. Otros han sugerido fuga relacionada con aumento de la presión; todos estos puntos de fuga son invisibles al ojo humano.

Las tasas de mortalidad son altas si se demora el procedimiento, a pesar de un manejo postquirúrgico en una unidad de cuidados intensivos.

En la población adulta cualquier condición que aumente la presión intraductal que promueva estasis, que genere dilatación de la vía o espasmo, así como enfermedades de esfínter de Oddi, divertículos o cualquier otra anormalidad de la pared de la vía, infección de la misma o enfermedades del tejido conectivo pueden degenerar en un problema tal que resulte en perforación de la pared del conducto, enfermedad de Caroli y necrosis de la pared del ducto secundaria a trombosis;<sup>1,3,5</sup> también existen reportes de tumores del ámpula como posible causa.<sup>3,5</sup>

A pesar de que se han documentado tumores como causales de esta enfermedad, existen posturas que aseguran que no se asocia con aumento de la presión producto de tumor, dado el aumento paulatino de la presión por el crecimiento de la masa, a diferencia de la elevación súbita de la presión como, por ejemplo, tras la impactación de un lito.

Esta condición se manifiesta inicialmente como un síndrome doloroso abdominal agudo, que requiere intervención quirúrgica; generalmente el diagnóstico no se realiza en el preoperatorio dada la rareza de este padecimiento, como ocurrió en este caso. En muchas ocasiones se hace el diagnóstico inicial de apendicitis aguda. Se necesita un alto índice de sospecha.<sup>1,3,6</sup>

Todos los pacientes tienen dolor abdominal agudo que puede ser localizado o difuso. Puede haber elevación de las bilirrubinas. En todos los casos se observa líquido perihepático<sup>3</sup> y dilatación de la vía biliar<sup>5</sup> por tomografía o ultrasonido de abdomen. Puede haber peritonitis difusa que debe atenderse quirúrgicamente y en estos casos se observa bilis libre en la cavidad, como en este paciente. También puede tratarse de un absceso localizado, en cuyo caso puede realizarse manejo quirúrgico electivo. En las series se observaron los abscesos como colecciones loculadas en la zona subhepática o en el lóbulo hepático izquierdo.<sup>3</sup> Mientras la peritonitis biliar sigue a perforaciones grandes y súbitas, las fugas graduales y pequeñas producen colecciones localizadas que tienden a cerrar espontáneamente una vez que disminuye la presión intraluminal.<sup>7</sup>

En algunas de las series se realizó coledoscopia intra-operatoria para localizar las lesiones y descartar obstrucción distal en los pacientes. También se utilizó colangiografía para confirmar la perforación.

La búsqueda cuidadosa del lugar de perforación es decisiva y, por este motivo, debe revisarse toda la extensión de la vía extrahepática. El manejo quirúrgico de esta enfermedad es controvertido, pero la meta común es detener la contaminación abdominal por el líquido biliar infectado. El abordaje quirúrgico dependerá de las condiciones de cada paciente, la severidad de la peritonitis y los hallazgos quirúrgicos y colangiográficos al momento. Se recomienda el drenaje conservador del abdomen y descompresión de la vía biliar, a menos que exista una obstrucción ductal distal, dado que el cierre espontáneo ocurre generalmente una vez que se ha liberado la presión excesiva. Otro abordaje exitoso es la colocación de drenajes percutáneos en pacientes con abscesos localizados o subcapsulares, con signos vitales estables, sin datos clínicos de peritonitis y que el lugar de la obstrucción puede resolverse por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica y esfinterotomía,<sup>3</sup> a menos que la perforación libre de bilis a la cavidad sea fatal.<sup>6</sup> Los tratamientos recomendados incluyen colecistectomía y exploración del conducto biliar común con drenaje por tubo T en casos de pequeñas perforaciones y Y de Roux con anastomosis biliar enteral si el defecto es grande.<sup>1</sup> El método preferible de tratamiento consiste en drenaje del conducto biliar común luego de confirmar que no hay lesión que prevenga el libre flujo de la bilis al duodeno. Si existe vesícula biliar y está enferma deberá extirparse. Cuando las condiciones del paciente no permiten realizar procedimientos extensos, un simple drenaje y colecistectomía pueden ayudar. Posteriormente, la vesícula deberá removérse y explorar el conducto biliar.<sup>6</sup> En la mayor parte de los estudios no se logró reparación primaria de la vía, dada la gran inflamación de la misma.<sup>3</sup>

## REFERENCIAS

1. Talwar N, Andley M, Ravi B, et al. Perforaciones espontáneas del tracto biliar: una causa poco frecuente de peritonitis en el embarazo. Reporte de dos casos y revisión de la literatura. *World Journal of Emergency Surgery*. 2006;1-21.
2. Garamendi PM, Arbella M, Aguilera B. Hemoperitoneo masivo consecutivo a perforación espontánea de la vesícula biliar. A

- propósito de un caso de muerte súbita. Cuadernos de Medicina Forense. 2002;37-41.
3. Kang SB, Han HS, Min S, et al . Perforación no traumática del ducto biliar en adultos. Arch Surg. 2004 Oct;139(10):1083-7.
  4. Suárez L, Detmer D, Jarret F. Manejo quirúrgico de las perforaciones espontáneas del conducto biliar. Ann Surg. 1981;142:176-9.
  5. Aydin U, Yazici P, Coker A. Spontaneous rupture of intrahepatic biliary ducts with biliary peritonitis. Indian J Gastroenterol 2007;26:188-9.
  6. Armitage H. Perforación espontánea del ducto biliar derecho. Annals of Surgery. 1960;152: 875-9.
  7. Berry MG, Allardice J. Peritonitis biliar espontánea, dos casos inusuales. Grand Rounds. 2004; 4:13-5.