

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO**  
**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**  
**ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**TESIS PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE MEDICO CIRUJANO**

**PERITONITIS BILIAR SECUNDARIA A PERFORACIÓN VESICULAR**

**AUTOR: DIEGO ALEXANDRE DEL AGUILA DIAZ**

**ASESOR: EDWIN GARCÍA GUTIERREZ**

**TRUJILLO – PERÚ**

**2020**

## **PERITONITIS BILIAR SECUNDARIA A PERFORACIÓN VESICULAR**

Del Aguila Diaz Diego<sup>1</sup>, García Gutiérrez Edwin<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Bachiller en Medicina, Universidad Privada Antenor Orrego

<sup>2</sup> Cirugía General- Hospital Regional Docente de Trujillo

### **RESUMEN**

**Introducción:** La peritonitis biliar es una causa rara de dolor abdominal agudo, producto de una complicación de la colecistitis aguda, causando perforación vesicular, siendo el sitio de perforación más frecuente el fondo de la pared vesicular, provocando un cuadro clínico inespecífico, de difícil diagnóstico que puede ser mortal si no se actúa de forma inmediata.

**Caso clínico:** Paciente varón de 72 años que presenta peritonitis biliar secundaria a perforación vesicular, con cuadro clínico de obstrucción intestinal por lo que recibe tratamiento quirúrgico con colocación de colecistostomía y bolsa colectora por distensión de asas intestinales teniendo como resultado que entre a unidad de cuidados intensivos y posteriormente su deceso.

**Conclusión:** La peritonitis biliar secundaria a una perforación vesicular es un cuadro muy raro que debemos tener un diagnóstico precoz e intervención quirúrgica de manera inmediata para poder disminuir la morbi-mortalidad en estos casos

**Palabras claves:** *peritonitis biliar, perforación vesicular.*

## **INTRODUCCION**

La peritonitis se denomina a la inflamación del peritoneo, esta se divide en primaria, secundaria y terciaria; la peritonitis secundaria es la contaminación directa del peritoneo por derrame de los tractos gastrointestinales, urogenital o órganos asociados, siendo la causa más frecuente la Apendicitis aguda encontrándose en el 50% de los casos y la más inusual la fuga del tracto biliar en 1-6%. La peritonitis secundaria representa el 1% de ingresos hospitalarios, constituyendo la segunda causa de sepsis en la unidad de cuidados intensivos a nivel mundial, con alta tasa de mortalidad en un 35% en pacientes que desarrollan cuadro clínico de sepsis grave.(1)

Siendo la forma menos frecuente de peritonitis secundaria, la peritonitis biliar espontánea es causada por la perforación de la vesícula biliar o el tracto gastrointestinal superior, provocando clínica de dolor abdominal agudo, que su diagnóstico a menudo suele retrasarse debido a síntomas inespecíficos, por consiguiente, el aumento de su tasa de morbi-mortalidad. (2)(3)

La perforación vesicular es una rara complicación de colecistitis aguda, se presenta en un 3% de los casos y suele asociarse a presencia de cálculos biliares (4) con una alta mortalidad de hasta 70%; la patogenia no es clara, pero se sugiere que se debe al aumento súbito de la presión intraductal causada por la presencia de cálculos biliares y su oclusión a nivel del conducto cístico, hay compromiso vascular, necrosis provocando la perforación, siendo más frecuente a nivel del fondo vesicular. Se clasifica en tres diferentes tipos: Tipo I Perforación aguda con peritonitis generalizada, Tipo II Perforación subaguda con formación de abscesos, Tipo III Perforación crónica con formación de fistula(5). La peritonitis causada por perforación vesicular su clínica es inespecífica, con respecto a su diagnóstico es necesario el uso de métodos de imagen como la ecografía y TAC abdominal y esto hace que se retrase el diagnóstico(6),realizándose el diagnóstico definitivo habitualmente mediante laparotomía exploratoria(7).

### **Presentación del caso:**

Paciente de 72 años de edad, sexo masculino con antecedentes de Apendicectomía hace 20 años y hernioplastia y malla bilateral hace 6 meses, que ingresa al hospital por presentar desde hace 4 días dolor abdominal difuso de

moderada a intenso, tipo cólico en todo el abdomen asociado a náuseas, vómitos, distensión abdominal, hiporexia y constipación hace 3 días.

Al examen físico PA: 100/70 mmHg, FC: 144 lpm, FR 22 rpm T:36°C SatO<sub>2</sub>: 95%, Se encuentra con fascie algica, leve taquipnea, el abdomen se encuentra distendido con resistencia a la palpación aumentada, ruidos hidroaéreos hipoactivos, doloroso a la palpación superficial y profunda en los cuatro cuadrantes, se palpa masa de aproximadamente 4 x 5 cm en región inguinal derecha blanda reductible, se palpa masa semiblanda de 2 x 3 cm en región inguinal izquierda, se evidencia cicatrices en región inguinal izquierda y derecha, al tacto rectal heces blandas no masas y se pide exámenes de laboratorio e imagenológico y se queda en observación de emergencia con hidratación de solución salina y antibióticos, se plantea como diagnóstico obstrucción intestinal, descartar bridas y adherencias.

Laboratorio resultados de Hemograma: hemoglobina 14,8 g/dl hematocrito 44% recuento de plaquetas 207000 leucocitos 4930, bastonados 16%, segmentados 72%, linfocitos 5% observaciones neutrofilia con desviación izquierda, neutrófilos con granulaciones tóxicas, Urea 112 mg/dl, creatinina 3,48 mg/dl Bilirrubinas totales: 14.1 mg/dl, Bilirrubina directa 0.74 mg/dl, Bilirrubina indirecta 0.4 mg/dl, GGTP 60 U/L FA 50 U/L TP: 17.39 seg, INR: 1.46 COVID -19 prueba rápida IGM no reactivo, IGG no reactivo PCR: 61.76 mg/l.

En la radiografía simple de pie se observa niveles hidroaéreos en hipocondrio derecho.



*FIGURA 1. Rx de abdomen simple de pie: se evidencia niveles hidroaéreos en hipocondrio derecho.*

Al pasar las horas la sintomatología del paciente se agrava y es llevado a laparotomía exploratoria encontrándose en la operación liquido de aspecto bilioso no fétido libre en cavidad de aproximadamente de 1 a 1.5 litros, perforación de aproximadamente 2 mm de diámetro en fondo vesicular, además sus paredes de 4 mm cubierta parcialmente con plastrón vesicular conformado por epiplón mayor, íleon terminal y colon transverso, además se evidencia asas delgadas y gruesas adheridas entre sí con gran distensión y edema en sus paredes, se procede a liberación del plastrón parcialmente organizado, se identifica la perforación vesicular para colocación de colecistostomía con sonda vesical N°18 la cual se fija con vicryl N°1, liberación roma de adherencia interasas y se procede a lavado de cavidad con NaCl 0.9% 3 litros más colocación de Dren Penrose: 1.- subhepático 2.- parietocolico derecho y fondo de saco recto vesical, por gran distensión de asas delgadas y gruesas se decide colocación de bolsa de Bogotá y posteriormente llevado a UCI, teniendo una evolución tórpida y llegando a su deceso a las 3 horas de la intervención quirúrgica.



*FIGURA 2. Cavity abdominal, se evidencia perforación en fondo vesicular*



*FIGURA 3. Encontramos líquido biliar en pared intestinal*

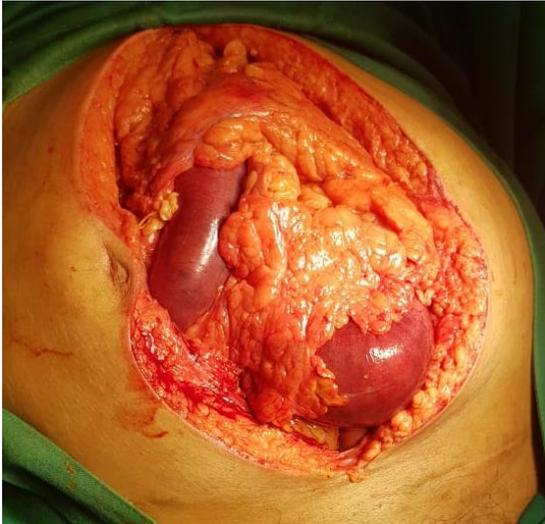


FIGURA 4. Distensión de asas intestinales

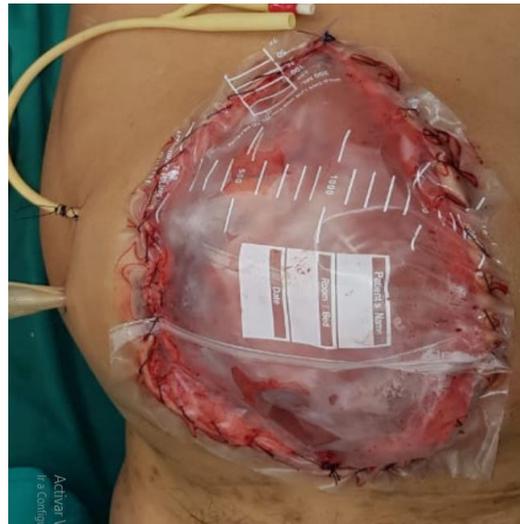


FIGURA 5. Bolsa de Bogotá por distensión abdominal

## DISCUSIÓN

La peritonitis biliar es una causa rara de peritonitis y es aún más por perforación vesicular(8) como se presenta en nuestro caso, la perforación vesicular se presenta en unos 3% al 10% de colecistitis aguda personas adultas, y siendo el primer caso diagnosticado a través de una autopsia por Leareden en 1858. Se tienen en cuenta 3 grandes grupos de riesgo para la perforación vesicular: inmunodeprimidos, con colecistitis aguda con enfermedad sistémica concomitante y personas mayores de 60 años(9).

En 1934 Niemeier clasifico la perforación vesicular en tres tipos: Tipo I Perforación aguda con peritonitis generalizada como se evidencio en nuestro paciente de este caso, Tipo II Perforación subaguda con formación de abscesos Tipo III Perforación crónica con formación de fistula(5).

Según Patel et al, cuando la vesícula biliar se perfora en el fondo produce peritonitis generalizada tipo I, si el sitio de perforación no es en el fondo, es sellado fácilmente por el epiplón o los intestinos la condición es limitada al hipocondrio derecho con la formación de un plastrón y liquido o absceso pericolequistico tipo II, en contraste al caso presentado en donde se observó en el intraoperatorio que la perforación se encontraba en el fondo de la pared vesicular de 2 mm de diámetro y que a su vez estaba parcialmente plastronada por epiplón mayor, íleon terminal y colon transverso pero que no formo absceso, por lo que estaríamos describiendo un caso

que agrupa según la clasificación de Niemeier el Tipo I y Tipo II el cual resulta inusual este tipo de presentación.(10)

Esta patología al no ser frecuente la clínica resulta ser inespecífica, asemejando a un cuadro de colecistitis aguda en el que podemos encontrar con más frecuencia es dolor abdominal, náuseas, vómitos pero también encontramos irritación peritoneal, distensión abdominal, ruidos hidroaéreos disminuidos, masa palpable, anorexia y en menor de los casos ictericia.(11)

Como resultado de una clínica, exámenes de laboratorio inespecíficos, al hablar de diagnóstico de perforación vesicular hace una tarea ardua para el médico tratante, se podría sospechar de esta patología cuando el paciente cursa con colecistitis aguda y vemos que tiene un claro deterioro del estado general de forma súbita; por lo que se sugiere el uso de la ecografía abdominal en donde se puede encontrar que los primeros signos que nos indicarían una ruptura de la pared vesicular inminente son la distensión de la vesícula biliar y el edema de la pared vesicular, pero al observar el signo del agujero que vendría ser un defecto a nivel de pared, resulta ser el hallazgo más específico y característico de la perforación vesicular, debido a la baja sensibilidad de este estudio de imagen se recurre a la tomografía abdominal que viene a ser la herramienta más sensible en un 88% para el diagnóstico; entre los hallazgos encontramos cambios primarios que incluye engrosamiento, defecto en pared, abscesos. Desafortunadamente una limitación con respecto al diagnóstico es que la mayoría de casos se hace con laparotomía exploratoria, confirmando con el caso presentado en el que el mal estado general del paciente no se llegó a concretar los estudios de imagen que hubieran sido de gran utilidad. (6)

Debido a la complejidad de esta patología el tratamiento de elección es quirúrgico, se han propuesto colecistostomía, colecistectomía y drenaje del absceso de acuerdo a cada paciente, por otro lado, distintos autores sugieren que es suficiente para el tratamiento de la perforación vesicular tipo I y II la colecistectomía y el lavado peritoneal, y para el tipo III se requieren intervenciones quirúrgicas adicionales como la reparación de fístulas; en contraste con nuestro caso presentado se optó por la colecistostomía y colocación de bolsa de Bogotá por la gran distensión de asas intestinales. (11) (12)

## **CONCLUSION**

La peritonitis biliar como consecuencia de la perforación vesicular es una de las complicaciones muy poco frecuentes, por eso el diagnóstico precoz y a su vez intervención quirúrgica son de primordial importancia para disminuir la morbi-mortalidad que se asocian a esta patología, pero no debemos de olvidar la presencia de los factores de riesgo el cual puede producir muchas complicaciones tanto en el preoperatorio como el postoperatorio, por eso se debe considerar la perforación vesicular como un diagnóstico diferencial en pacientes de edad avanzada que presenten signos de peritonitis para así no retrasar la intervención quirúrgica temprana y poder salvar la vida del paciente, el cual no ocurrió con nuestro caso presentado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Ross JT, Matthay MA, Harris HW. Secondary peritonitis: principles of diagnosis and intervention. *BMJ*. 18 de junio de 2018;k1407.
2. Gundara JS, Jancewicz S. Spontaneous biliary peritonitis, or delayed bile leak? *International Journal of Surgery Case Reports*. 2011;2(6):2.
3. Hamura R, Haruki K, Tsutsumi J, Takayama S, Shiba H, Yanaga K. Spontaneous biliary peritonitis with common bile duct stones: report of a case. *Surgical Case Reports [Internet]*. diciembre de 2016 [citado 13 de junio de 2020];2(1). Disponible en: <http://surgicalcasereports.springeropen.com/articles/10.1186/s40792-016-0234-6>
4. Khan SA, Anwer AW, Arshad Z, Hameed K, Shoaib M. Gall bladder perforation: A rare complication of Acute Cholecystitis. *J Pak Med Assoc*. marzo de 2010;60(3):2.
5. Aguirre JRS, Wong UR, García MS, Ambriz GC. Perforación vesicular secundaria a hidrocolecisto y sepsis grave de origen biliar. *Rev Hosp Jua Mex*. 2009;76(1):4.
6. Sheoran SK, Sahai RN, Indora J, Biswal UC. Spontaneous Perforation of Gallbladder: Case Report. *Gastroenterology Research*. 2016;9(2-3):61-3.
7. Rodríguez Sicilia MJ, Benítez-Rodríguez B, De La Torre Rubio, J. HEMOPERITONEO SECUNDARIO A ROTURA ESPONTÁNEA DE LA VESÍCULA BILIAR. *RAPD ONLINE*. 2014;37(2):3.
8. Solana M, Mugianesi E, López P, Statti MÁ, Staltari D. PERITONITIS BILIAR POR PERFORACIÓN VESICULAR ALITIÁSICA. *REVISTA DEL HOSPITAL PRIVADO DE COMUNIDAD*. 2014;17(1):5.
9. Aguirre ACR, Palpacelli MR, Serviansky TH, Silver EJ, Fossas G, Merodio RG, et al. Peritonitis biliar por perforación espontánea de la vía biliar. *Medicina Interna de Mexico*. 2009;25(6):4.
10. Patel G, Jain A, Kumar RB, Singh N, Mishra R, Karim, Tanweer. Gallbladder Perforation: A Prospective Study of Its Divergent Appearance and Management. *Euroasian Journal of Hepato-Gastroenterology*. junio de 2019;9(1):6.
11. Díaz AWV, Cabrera CAV. biliary peritonitis gallbladder perforation. *Revista Medica*. 2016;2:3.
12. Selfa-Muñoz A, López-Segura R, Ruiz-Escolano E, Hidalgo ME, Palacios-Pérez A, Escobar FJS. PERFORACIÓN VESICULAR Y ABSCESEO HEPÁTICO SECUNDARIOS A COLECISTITIS AGUDA GANGRENOSA. 34:3.