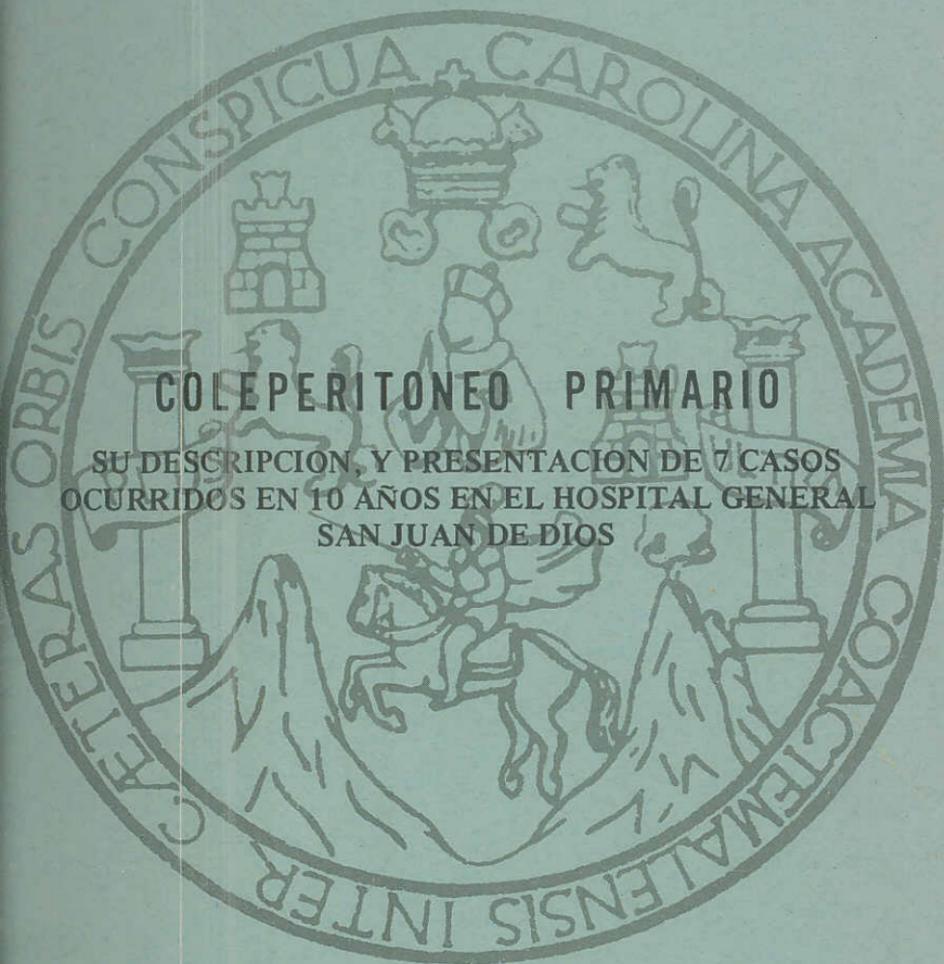


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



COLEPERITONEO PRIMARIO

SU DESCRIPCION, Y PRESENTACION DE 7 CASOS
OCURRIDOS EN 10 AÑOS EN EL HOSPITAL GENERAL
SAN JUAN DE DIOS

ERICK GIOVANNI MONTENEGRO LOPEZ

INTRODUCCION

PLAN DE TESIS

- I. INTRODUCCION
- II. OBJETIVOS
- III. DEFINICION
- IV. CUADRO CLINICO
- V. DIAGNOSTICO
- VI. HALLAZGOS OPERATORIOS
- VII. TRATAMIENTO
- VIII. MATERIAL Y METODO (casuística)
- IX. CONCLUSIONES
- X. RECOMENDACIONES
- XI. BIBLIOGRAFIA.

INTRODUCCION

Dentro del gran grupo de tipos de Abdomen Agudo, existe un tipo de Peritonitis cuya etiología se conoce y la frecuencia con que se presenta es bastante baja, por este motivo es poco conocida y casi nunca se incluye en el diagnóstico diferencial del Abdomen Agudo y se ha descubierto más frecuentemente al tener a la vista la cavidad peritoneal en el momento de efectuarse una laparotomía exploradora, esta es la Peritonitis Biliar o Coleperitoneo Primario.

De aquí nació la inquietud de hacer una revisión de dicha entidad clínico-quirúrgica, así como de determinar la frecuencia con que se ha presentado en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala, durante el período comprendido del 1 de enero del año 1968 al 31 de diciembre de 1977.

El objetivo principal ha sido mostrar de una manera descriptiva dicha entidad, presentando su descripción, el cuadro clínico, el diagnóstico y su tratamiento. Así mismo se dan a conocer las hipótesis que se han enumerado con respecto a su etiología.

Se mostrará la casuística ocurrida en esos 10 años dando a conocer su frecuencia y algunas otras variantes epidemiológicas.

Otro de los objetivos es el de insistir en el empleo de algunos procedimientos diagnósticos que resultan de suma importancia para esclarecer y llegar al diagnóstico correcto de la Peritonitis Biliar.

OBJETIVOS

1. DAR A CONOCER LA FRECUENCIA CON QUE SE PRESENTA LA ENTIDAD.
2. DIVULGAR LAS PRUEBAS DIAGNOSTICAS QUE EXISTEN.
3. CONOCER LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO Y TECNICAS MAS EMPLEADAS PARA SU INVESTIGACION.
4. DETERMINAR EL GRUPO ETARIO MAS FRECUENTEMENTE AFECTADO.

DEFINICION

Existen dos tipos de peritonitis biliares:

La peritonitis por perforación de vías biliares y

La peritonitis sin perforación aparente de estas vías.

Esta última también conocida como Coleperitoneo espontáneo, Peritonitis Biliar por trasudación, Colecistitis filtrante y Ascitis biliar aguda.

Por definición, hablando de Peritonitis Biliar sin perforación entendamos al referirnos a un proceso endoperitoneal debido a una permeabilización de la vía biliar con sucesiva filtración de la bilis.

El dato más significativo está constituido por la ausencia de perforación.

Es una afección rara y de incidencia estadística escasa.

La primera señalación fue realizada en 1987; época en que Barcellona le dio una somera descripción, etiquetándola como "Ascitis Biliar". El mérito es de Clairmont y Von Haberer (1910) de haber introducido a la literatura el término de "Peritonitis Biliar" y de haber afrontado el difícil problema patogénico.

La afección ataca más a personas entre los 50 y 70 años; raramente a los infantes o neo-natales (Brautigam); prevalece el sexo

femenino, mas no de manera notable.

Una interpretación etiopatogénica única ahora no existe, no obstante los numerosos estudios clínicos y experimentales conducen a su argumento.

Diversas teorías existen; siendo estas las siguientes:

1. Teoría mecánica: Secunda a esta hipótesis la filtración biliar y se le atribuye a un aumento considerable del gradiente de presión de la vía biliar y particularmente en la colecistitis.

Se responsabiliza como causa de este aumento, a un obstáculo de variada naturaleza. Esta teoría es presentada por Clairmont y Von Haberer.

Alcuni A. cree en la hipótesis de la hipertensión biliar y llama la atención sobre la presencia de canalículos biliares aberrantes que pueden ser la causa más posible de la filtración biliar.

2. Teoría de la permeabilidad de la vía biliar: Gli A. son los sostenedores de esta hipótesis (Giorgi, Langheron, Scala) atribuyendo la filtración biliar a una alteración de tipo necrótico de la mucosa colecística; la necrosis, solamente secundaria a litiasis o a un proceso inflamatorio; afectando de la mucosa su acción impermeabilizante y el control sobre la bilis. Se recuerda a este propósito que la mucosa de la vesícula reviste un rol importante al determinar la normalidad compositiva de la bilis, reabsorbiendo agua y secretando bilis; siendo así por tanto una bilis menos fluida.

3. Teoría enzimática o del reflujo pancreático: Esta es la que ha suscitado el mayor interés. En un estudio sobre reflujo pancreático-biliar presentado por Staudacher en su capítulo sobre "Síndrome de reflujo"; presupone la existencia de un canal colédoco-wirsunghiano

y de un impedimento del reflujo duodenal. Se responsabiliza como causa de este reflujo pancreático a una anomalía de las vías biliares extrahepáticas que favorece por consiguiente a la trasudación.

4. Teoría inflamatoria o infecciosa: Explicada debido a una inflamación de la pared biliar que favorece a la filtración. Esta teoría no ha tomado muchos sostenedores.

5. Teoría vascular: Secunda a estas hipótesis las alteraciones ateroscleróticas responsables de las lesiones localizadas de la pared. (Stalport). El factor vascular siembra indiscutiblemente en cierto caso una trombosis, siempre presente al examen microscópico.

6. Teoría descinética: Debido a un obstáculo Oddiano persistente por el cual se instaura un estado hipertensivo y reflujo pancreático, favoreciendo a la filtración biliar.

7. Teoría alérgica: La causa suele atribuirse a un fenómeno alérgico sobreponible, presentado por Sanarelli-Schartzman; en su estudio encontraron necrosis, edema y además infiltración eosinofílica.

OTRAS TEORIAS:

8. Schievelbein (1911) sugirió riego biliar desde las glándulas de Luskha.

9. Wollff (1912) sugirió que la bilis se regaba desde los canalículos intrahepáticos.

10. Cope en 1925 a través de una muy pequeña perforación indetestable al momento de la operación dejaba escapar la bilis. Sugirió que el agujero se cerraba con fibrina y que la perforación podía ser causada por infección o ulceración traumática de la mucosa vesicular.

Sin embargo Ellis y Cronin (1960) desaprobaron esta teoría

en relación a colecistitis aguda examinando cuidadosamente las vesículas extirpadas de 4 pacientes con peritonitis biliar sin perforación de la vesícula en colecistitis aguda y no encontraron evidencia de perforación.

11. Cope (1925) y Burkitt (1946) creían que el peritoneo visceral alrededor del tracto biliar podía actuar como una barrera para la bilis y de ahí la importancia que la mayoría de los cirujanos de esta época le dan al peritoneo intestinal y especialmente en anastomosis, está basado en que se cree que el peritoneo no deja pasar líquidos.

Es claramente imposible de confirmar o de refutar estas teorías en un estudio retrospectivo, pero parece ser que la vesícula presentara algún tipo de perforación o que el peritoneo se vuelva permeable a la bilis. En base a esto se sugiere que la isquemia de estas partes ocurrida en la colecistitis aguda hacen que se vuelvan permeables a la bilis y la dejan pasar. Si la isquemia provocara necrosis de la vesícula o del peritoneo entonces resulta una franca perforación.

En la colecistitis aguda hay un paso del exudado inflamatorio de la mucosa vesical al lumen. Si el conducto cístico está obstruido, la vesícula se distenderá con exudado inflamatorio. La distensión en cualquier órgano causa deficiencia de circulación en sus paredes.

Sugerimos entonces que la secuencia de eventos pueda ser el resultado de que apareciera bilis en la cavidad en la colecistitis aguda sin perforación de la vesícula:

El conducto cístico se tapa por un cálculo —colecistitis aguda obstructiva— distensión de la vesícula con exudado inflamatorio —isquemia de la pared de la vesícula— se vuelve la vesícula permeable a la bilis.

La disminución de la distensión después de que la bilis ha caído a la cavidad peritoneal resulta en un aumento de la circulación y menos isquemia, entonces una franca perforación no ocurrirá. Se puede decir que es difícil de creer que la vesícula pueda dar bilis en cantidad con un conducto cístico obstruido. Es probable que la bilis se diluya y aumente su volumen con el exudado inflamatorio producido en el peritoneo.

Alternativamente si la oclusión del cístico sea sólo parcial o intermitente, bilis fresca puede periódicamente pasar a la vesícula.

Esta teoría se encuentra abierta a la crítica, ya que no hay evidencia objetiva que el fluido encontrado en la cavidad peritoneal de los pacientes descritos en este estudio contenían bilis de la vesícula y desafortunadamente no fueron tomadas muestras de el líquido intraperitoneal para análisis.

CUADRO CLINICO

Dentro de las peritonitis agudas francas, nosotros tenemos el punto de vista que los síntomas pueden diferenciarse rápidamente y el diagnóstico no puede estar preciso hasta la intervención.

Hay peritonitis, sus síntomas son largamente discutidos, es decir que el polimorfismo de las peritonitis biliares sin perforación es muy grande y muy sistemática en los cuales hay que ver tres aspectos clínicos:

- a) Las formas Agudas.
- b) Las formas Sub-agudas.
- c) Las formas Crónicas.

a) **Las formas Agudas.** Más o menos el cuadro realizado, en este; es el de una peritonitis aguda generalizada comparable a aquellas determinantes de la perforación biliar.

b) **Las formas Sub-agudas.** Estas son de instalación más lenta. Los aspectos clínicos son en el comienzo de una colecistitis aguda o sub-aguda, de gravedad media; y que éste en el segundo o cuarto día del Síndrome peritoneal se acentúa.

La lentitud de esta evolución deja la posibilidad de buscar a lo largo del examen clínico repetido, dos signos evocatorios:

1. Aparición de una sub-ictericia.
2. Aparición de un desplazamiento declive.

c) **Las formas Crónicas.** Ellas son excepcionales. Se traducen por un comienzo insidioso, más o menos doloroso, poco o sin dolor; hay signos infecciosos reducidos. Conjunto de contraste con desplazamiento clínico voluminoso. Es el cuadro clásico de la "Ascitis Biliar" descrito por Lenormant.

Para hacer un **Diagnóstico Positivo**, nos acercaremos sucesivamente; partiendo de los Signos Relevantes, los Signos del Examen los cuales van a servir de índice para determinar los diferentes exámenes de laboratorio que se pueden practicar para poder precisar la importancia de la infección peritoneal sobre el estado general.

SIGNOS RELEVANTES:

Son tres, esencialmente: DOLOR, VOMITOS Y CONSTIPACION. Esta es la triada sintomática.

DOLOR: Su comienzo puede ser en extremo brutal, después progresivamente procede a un período vago.

Localización: Su comienzo depende de la lesión causal, pero este dolor localizado difuso, así rápidamente queda mientras tanto en un máximo del signo inicial.

Siendo más frecuente su localización final a nivel del Epigastrio o del Hipocondrio derecho.

Intensidad: es variable, algunas veces continuo, otras paroxístico.

Se puede intensificar como un golpe, o una puñalada, por el contrario puede ser muy suave.

Puede estar fijo o irradiar a distancia.

VOMITOS: Estos son al principio alimenticios, después biliares. Esta sería la pregunta a responder si los vómitos son verdosos y fétidos, que más tarde serán más frecuentes.

CONSTIPACION: Ello en general precede a la crisis, como lo precisa el interrogatorio; pero puede ser un signo inconstante y raro de observar, por el contrario de la diarrea.

EXAMEN FISICO: Al examen práctico minucioso, se va a encontrar ante todo; el signo mayor de la Peritonitis, la contractura de la pared abdominal.

Contractura: ella es visible a la simple inspección, que muestra un abdomen retractado; como en barco, ligeramente meteorizado; la pared del abdomen es inmóvil durante los movimientos respiratorios.

Pero es la palpación el tiempo esencial del examen: su técnica es más o menos una de las más comunes; es necesario ponerse en contacto con el paciente, el médico tiene que palpar suavemente el abdomen empezando en la zona menos dolorosa.

Resultado: La contractura se traduce por una sensación de resistencia de los músculos de la pared abdominal, resistencia que no cede por la presión, y que por el contrario se refuerza dentro de los casos más típicos. Pero generalmente, esta contractura es más discreta, y algunas veces puede acusar y sólo efectuando comparación con el lado opuesto se pone en evidencia. Esta contractura puede ser generalizada o localizada. Existen entonces todos los grados posibles.

Dolor Provocado: (segundo signo maestro de la Peritonitis). Se encuentra en la palpación, en donde están las zonas sanas hasta la parte que se supone afectada. Este dolor localizado es de la más alta importancia para hacer el diagnóstico.

Tacto Rectal: Este permite examinar el saco peritoneal, se toca suavemente pero bien alto; entonces permite comprobar con el dedo índice si hay particularmente un saco doloroso. Este dolor en el saco de Douglas es un signo precoz.

Estado general del paciente: Este tiene que ser al fin, un estado general de la resistencia del sujeto. Generalmente luce inquieto; con fiebre de 38 a 39 grados C. es inconstante en su comienzo. El pulso es rápido y acelerado. Hay hipotensión.

A este cuadro se suman síntomas como náuseas, vómitos, muchas veces calosfríos, inquietud e irritabilidad.

El paciente se observa severamente enfermo y puede alcanzar grados severos de desequilibrio Hidro-electrolítico.

Como en todo cuadro de irritación peritoneal, el Ileo paralítico secundario provoca estreñimiento y la no expulsión de gases por el recto. Finalmente cabe considerar manifestaciones de intoxicación intensa.

En ocasiones, cuando hay gran cantidad de volumen de líquido en el abdomen, se puede comprobar la matidez que se desplaza. Es frecuente encontrar el llamado "Signo de Rebote".

Como consecuencia del Ileo Paralítico, hay una ausencia de los ruidos intestinales.

DIAGNOSTICO

Con el objeto de llegar a establecer un diagnóstico preciso, el primer procedimiento y uno de los más importantes es la buena evaluación clínica, teniendo muy presentes los datos de la historia referidos por el paciente, así como los hallazgos del examen físico.

PARACENTESIS DIAGNOSTICA: Un procedimiento efectivo y relativamente inocuo, es la aspiración peritoneal. Durante algunos años se venía practicando esporádicamente la aspiración de líquido de la cavidad peritoneal con el fin de descubrir la causa de una peritonitis aguda generalizada, especialmente cuando habían dudas respecto de su carácter.

El procedimiento se realiza con aguja de punción lumbar, número 20 de bisel corto; la aguja se inserta a través de la pared abdominal anterior lejos de las paredes del intestino, como Ciego y Colon ascendente y descendente. El carácter del líquido aspirado obligará a reflexionar sobre dudas que prestarán una valiosa ayuda para el diagnóstico.

Es aconsejable efectuar lavado peritoneal, utilizándose para tal procedimiento agua destilada; la cantidad de material que se obtiene puede ser mandado al Laboratorio Clínico para efectuar con éste, los exámenes necesarios para llegar a un diagnóstico preciso y rápido.

ALTERACIONES HEMATICAS: Los Glóbulos Blancos se encuentran aumentados, con elevación de los polimorfonucleares.

El hematocrito puede revelar una hemoconcentración del hígado en shock y de la deperdición hídrica.

ANALISIS DE ORINA: Puede revelar la presencia de sales biliares.

La dosificación de la amilasuria es termutante de una atención pancreática asociada eventual.

ESTUDIO RADIOLOGICO: Las radiografías simples del abdomen y del intestino, de pie y en decúbito, suelen ayudar mucho al diagnóstico. Clásicamente se observan los signos de irritación peritoneal, entre los cuales se destacan los siguientes: dilatación del intestino delgado y grueso, con edema de pared, notable por la distancia entre las asas adyacentes del intestino delgado llenas de aire. Así mismo se encontrarán niveles líquidos. Puede observarse disminución en el espesor de la grasa peritoneal, así como la llamada "Imagen de vidrio despolido", muy significativo y que hará desaparecer las sombras de los músculos Psoas y las sombras renales.

Además este estudio, permitirá confirmar la contractura mostrando inmovilidad de las cúpulas diafragmáticas.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: El diagnóstico de peritonitis biliares es siempre una dificultad extrema y dentro de la gran mayoría de casos, se descubrirá en la exploración de un desplazamiento biliar que confirmará una hipótesis que no se había planteado antes con plena seguridad; por eso habrá que hacer un buen diagnóstico diferencial con todas las causas de abdomen agudo.

Con apendicitis: Es la causa más frecuente de la que se piensa sistemáticamente; en tanto más que existan antecedentes de crisis dolorosas idénticas con vómitos y constipación. Es más frecuente en los niños; el examen revela hipertermia, pulso acelerado, hiperleucocito-

sis y sobre todo signos iniciales de dolor y contractura dentro de la fosa ilíaca derecha; en fin dada la frecuencia de la peritonitis apendicular, la existencia de este dolor y de la contractura localizada son suficientes para hacer el diagnóstico.

Perforación de úlcera: Vienen en segundo plano dentro de la etiología de peritonitis. Los antecedentes de dolores gástricos, rítmicos entre las comidas, dolor intenso en el punto y a nivel del epigastrio, la temperatura normal y el pulso acelerado, la desaparición de la matidez prehepática y la existencia de un subdiafragma y a la radioscopia permitirá reconocer la perforación de la úlcera.

Neumonía lobar: Pues durante su fase pleurítica se acompaña de dolor abdominal continuo, espasmo reflejo de la musculatura abdominal e incluso la distensión abdominal.

Picaduras de araña: Pues puede presentar rigidez en tabla de la pared abdominal, pero no hay fiebre ni leucocitosis.

Así mismo, con crisis abdominales que ocurren en ciertas enfermedades como:

Anemia drepanocítica

Púrpura anafilactoide

Anemia esferocítica

Sífilis terciaria

Enfermedad de Hodgkin

Saturnismo

Fiebre reumática

Porfiria

Traumatismo.

HALLAZGOS OPERATORIOS:

Al efectuar una laparotomía, se llegará al diagnóstico preciso.

Es frecuente encontrar un desplazamiento general, libre; formado generalmente por una bilis fluida, aséptica, y de cantidad variable.

Los mesos, el epiplón y el pedículo hepático son edematizados, infiltrados.

Las vías biliares extrhepáticas son habitualmente dilatadas; la vesícula no perforada, distendida, isquémica, conteniendo frecuentemente cálculos, macroscópicamente las paredes parecen normales.

A continuación se presentarán los hallazgos operatorios de seis pacientes presentados por Kent SJ en su trabajo titulado Peritonitis Biliar sin perforación de la vesícula en colecistitis aguda.

Hallazgos operatorios:

Caso No. 1

Peritonitis biliar
vesícula distendida
isquémica con cálculos. NO PERFORACION

Caso No. 2

Peritonitis biliar

vesícula isquémica con cálculos. NO PERFORACION.

Caso No. 3

Peritonitis biliar
vesícula distendida
inflamada con cálculos,
conducto biliar común
dilatado y lleno de cálculos. NO PERFORACION.

Caso No. 4

Peritonitis biliar
vesícula isquémica
distendida con cálculos. NO PERFORACION.

Caso No. 5

Peritonitis biliar
vesícula isquémica
conteniendo cálculos. NO PERFORACION.

Cso No. 6

Peritonitis biliar
vesícula inflamada
conteniendo cálculos. Perforación de 1-3 cms. en la vesícula.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la peritonitis biliar incluye medidas de sostén y medidas específicas que generalmente son aplicables al tratamiento de la mayor parte de los trastornos abdominales agudos.

Es el tratamiento de la peritonitis biliar esencialmente quirúrgico.

Los principios de la cirugía son evacuación de la bilis, drenaje de la cavidad peritoneal y tratamiento de la lesión del tracto biliar.

Los objetivos del tratamiento son:

1. Eliminar temporalmente la contaminación de la cavidad peritoneal, lo que se logrará mediante el acto quirúrgico, efectuando limpieza de la cavidad, así como la colocación de drenjes en la misma, para la total eliminación del material biliar contenido. Es de vital importancia restablecer la función intestinal liberando las bridas y adherencias.
2. En la ausencia de perforación de las vías biliares se discute entonces entre la colecistectomía (lógica en razón de las alteraciones parietales de la vesícula) o de la colecistostomía (más benigna y que permite un control radiológico post-operatorio, además permite un mejor drenaje).

La colecistectomía es la operación de mayor frecuencia dentro del mayor número de casos.

Si la vesícula está en buen estado y el cístico permeable, se puede dentro de un espíritu prudente; contener en una colecistostomía.

La colecistectomía es obligatoria en caso de lesiones masivas; o de peritonitis generalizada, la más fuerte razón de gangrena.

Si el colédoco aparece dilatado o infiltrado, dentro de la vía principal, es más probable que la conducta a tener varíe a veces por las condiciones de temperamento del cirujano

3. Reducir al mínimo los efectos del Ileo paralítico y esto se logrará con la succión nasogástrica. Si el Ileo es persistente, se puede descomprimir el tracto intestinal más adecuadamente mediante una sonda intestinal larga (por ejemplo: la de Miller-Abbott).
4. Corregir los trastornos físicos, hidroelectrolíticos y nutricionales. El uso de colchón hipotérmico ayuda a dominar la fiebre. Los narcóticos y sedantes se pueden emplear liberalmente para asegurar el bienestar y descanso del enfermo.

Se restituirá el volumen plasmático, así como las pérdidas de líquidos y electrolitos. Así mismo se utilizará la vía parenteral para la alimentación del paciente.

5. Conservar una función pulmonar adecuada y sostener el gasto cardíaco.
6. Uso de medicamentos antimicrobianos apropiados para combatir la infección y la acción potencialmente mortal y depresora de las endotoxinas bacterianas.

Los medicamentos de elección son los de amplio espectro.

Posteriormente y con el descubrimiento de nuevos antibióticos, el tratamiento dependerá de la sensibilidad del germen específicamente.

Todavía no se ha resuelto el problema de la administración intraperitoneal; parece tener ventajas, pero no carece de peligros.

7. Si se presenta un shock séptico, requiere un tratamiento intensivo.

MATERIAL Y METODO

La revisión casuística que en este trabajo se presenta, se realizó en el libro de registro de pacientes de la Sala de operaciones general del Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala.

Para dicha revisión, se tomaron 10 años comprendidos del primero de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977.

Se describirá a continuación las diferentes variantes epidemiológicas. Así mismo se describirá la casuística y se hará un pequeño comentario acerca de diferentes aspectos relacionados con cada uno de los casos.

CASO No. 1.

Reg. No. 03634-68

Paciente: VE de L.

Edad: 60 años

Sexo: Masculino

Fecha de Ingreso: el 23 de Febrero de 1968.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal tipo cólico e ictericia de 11 días de evolución.

HISTORIA: Refirió paciente padecer de dolor tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho y de coloración amarilla de piel y conjuntivas de 11 días de evolución. Ha presentado también anorexia, náuseas y vómitos postprandiales. Hace 8 días presentó fiebre no

cuantificada por termómetro.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Médicos: BNM en 1940

gonorrea en 1940

Quirúrgicos: hernioplastia derecha en el Hospital Militar en 1940.

EXAMEN FISICO: Paciente colaborador, conciente, luce mal estado general SV: PA 130/70; Pulso 86 X minuto; Respiraciones 20 X minuto; y T. Oral de 37.5 grados Centígrados.

Piel: amarillenta

Ojos: Ictericia conjuntival

Abdomen: Globoso, tenso, no depresible, a la palpación se encontró dolor en todo el abdomen, pero especialmente en Hipocondrio derecho y epigastrio. No se encontró honda líquida. Ala percusión se encontró timpanismo.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO: Ictericia Obstructiva de Et.

ANALISIS DE LABORATORIO:

Recuento de Glóbulos Blancos:	23,100 mm ³
Fórmula leucocitaria:	76 segmentados
	18 linfocitos
	2 monocitos
	3 cayados
	1 juvenil
Velocidad de Sedimentación:	50 mm en 1 hora
Orina:	5 leucocitos por campo
Bilirrubinas:	11 mgs o/o.

8 mgs o/o Directa
13 mgs o/o Indirecta.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

Radiografía de Tórax: No revela evidencia de patología.

Radiografía simple de abdomen: Se observan gases en algunas asas del intestino delgado con niveles líquidos. No hay gases ni heces en el intestino grueso, únicamente pequeña cantidad de heces en el ciego y en el recto.

Hay signos de irritación peritoneal.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: No apareció.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: El 1o. de mayo de 1968, se le efectúa laparotomía exploradora y los hallazgos operatorios fueron:

1. Coleperitoneo en región de retroperitoneo de 3,000 cc.
2. Vesícula distendida (colecistitis aguda).

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Coleperitoneo de 3,000 cc. En ficha clínica no aparece tratamiento quirúrgico efectuado.

EVOLUCION: Paciente presentó paro Cardio-respiratorio, falleció el mismo día a las 13 horas.

En ficha clínica no apareció informe de Patología ni de cultivo del líquido encontrado durante la intervención.

TRATAMIENTO MEDICO: El tratamiento médico usado fue el de sostén, y los antibióticos fueron: Penicilina Cristalina, Penicilina Procaínica, Estreptomina.

CASO No. 2.

Reg. No. 2354-1-68

Paciente: ELM

Edad: 60 años

Sexo: Femenino

Fecha de Ingreso: 27 de Noviembre de 1968.

MOTIVO DE CONSULTA: Masa abdominal de más o menos 2 meses de evolución.

HISTORIA: Refirió paciente que dos meses atrás había iniciado cuadro de apareamiento de una masa dura en el Cuadrante Superior Derecho del abdomen, que fue aumentando de tamaño hasta llegar a ser del tamaño de una naranja, de consistencia firme, poco móvil, no dolorosa. También notó apareamiento de coloración amarilla en ojos y piel, coloración que no ha sufrido modificaciones. Pocos días antes de su ingreso presentó fiebre y calosfríos.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Ninguno.

EXAMEN FISICO: Paciente luce mal estado general. SV:PA 100/70; Pulso 70 por minuto; respiraciones 16 por minuto; y Temperatura oral de 36.5 grados centígrados.

Piel: amarillenta

Ojos: ictericia conjuntival

Cardiopulmonar: normal

Abdomen: Masa de consistencia firme en el Flanco Derecho, poco móvil; parece hacer cuerpo con el hígado, no dolorosa a la palpación, tamaño aproximado de 5 por 4 cms de diámetro.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO:

Ictericia obstructiva.

- a) CA de Vías biliares
- b) CA de Cabeza del Páncreas.

ANALISIS DE LABORATORIO:

Rcuento de Glóbulos Blancos:	12,500 mm ³
Fórmula Leucocitaria:	85 segmentados
	15 linfocitos
	2 cayados
Velocidad de Sedimentación:	23 mm en 1 hora.
Bilirrubinas:	9.3 mgs o/o
	7.1 mgs o/o Directa
	2.2 mgs o/o Indirecta.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

Radiografía de Torax: Corazón de tamaño y configuración normal, campos pulmonares con cambios fibróticos y bronquiectasias.

Radiografía Placa simple de Abdomen: La silueta hepática llega al reborde costal, pequeña cantidad de gases sin dilatación de asas ni presencia de niveles.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: Coleperitonitis.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: El día 15 de Enero de 1969, se le efectuó Laparotomía Exploradora y los hallazgos operatorios fueron:

1. Coleperitonitis de 3,000 cc (pus y bilis).
2. Peritonitis severa con adherencias firmes de epiplón a hígado, intestino y estómago.
3. Píocolecistitis, vesícula de más o menos 16 cms de diámetro, se le aspiró 500 cc de pus.

Se deja Sonda de Pezzer número 28 en la vesícula.
 2 penrosse en ambos canales cólicos izquierdos.
 1 penrosse entre vesícula y estómago.
 1 penrosse en cara superior del hígado.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Píocolecistitis. Coleperitonitis severa.

EVOLUCION: En el Post-operatorio inmediato presentó las siguientes complicaciones:
 Hipotensión.
 Inconciencia.
 Finalmente el 18 de Enero de 1969 a las 13.30 horas falleció.

En ficha clínica no apareció informe de Patología ni de cultivo del líquido (pus y bilis) encontrado durante la intervención.

TRATAMIENTO MEDICO: El tratamiento médico fue el de sostén y los antibióticos fueron: Penicilina Procaínica. Chloromycetín, INH. Estreptomycin. Tetraciclina.

CASO No. 3.

Reg. No. 02498-69

Paciente: CSM

Edad: 50 años

Sexo: Masculino

Fecha de Ingreso: 8 de Febrero de 1969.

MOTIVO DE CONSULTA: Cólicos abdominales de cuatro días de evolución.

HISTORIA: Refirió paciente padecer de cólicos abdominales de cuatro días de evolución, tipo espástico, prolongados (hasta de 10 mi-

nutos); al principio del cuadro hubo anorexia, náuseas y vómitos de sabor amargo.

Manifestó además el paciente padecer de ardor uretral en la micción, el chorro de orina era fuerte y grueso, la orina bastante oscura y fétida.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Ninguno.

EXAMEN FISICO: SV - PA 100/50; Pulso 90 por minuto y Temperatura oral de 38 grados centígrados.

Abdomen: blando, depresible, no visceromegalia, poco doloroso a la palpación en epigastrio, ruidos peristálticos opacos.

No pudo orinar al solicitárselo, al tacto rectal se encontró hipertrofia de próstata, no se le hizo cateterismo dilatador.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO: Hipertrofia Prostática Benigna. Nefrolitiasis.

ANALISIS DE LABORATORIO:

Rcuento de Glóbulos Blancos	10,500 mm ³
Fórmula leucocitaria:	59 segmentados 46 linfocitos.
Velocidad de sedimentación:	96 mm 1 hora.
Orina	2 leucocitos por campo.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

Colangiograma IV: Hay opacificación debil del colédoco. Se observa excreción por la vía renal. La radiología de los 90 minutos y la de los 120 minutos muestran opacificación debil de la vesícula,

la cual presenta defectos grandes de llenado debido a la presencia de cálculos.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: Colecistitis Crónica Calculosa.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: El día 20 de Marzo de 1969 se le efectuó Laparotomía exploradora y los hallazgos operatorios fueron:

1. Múltiples adherencias del peritoneo a hígado, vesícula, asas intestinales y epiplón.
2. Vesícula biliar con paredes engrosadas, llena de cálculos, colédoco de aspecto normal, cístico alargado sin cálculos.
3. Se encontró material amarillento diseminado en las adherencias peritoneales y el epiplón.

Se le efectuó Colectomía. Apendicectomía, y Biopsia de adherencias y de mucosa gástrica.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Colelitiasis. Peritonitis en resolución.

EVOLUCION: Paciente evolucionó satisfactoriamente, se le da egreso en su noveno día post-operatorio.

Cultivo del líquido peritoneal reportó: Estafilococo blanco no hemolítico, coagulasa negativo: sensible a Eritromicina, Tetraciclina y Kanamicina. Informe de Patología reportó: Colecistitis crónica con necrosis parcial de la mucosa. Apendicitis Sub-aguda. Los restantes fragmentos parecían corresponder uno a intestino región del duodeno y el otro es fragmento de la fibra muscular lisa.

TRATAMIENTO: El tratamiento médico usado fue el de sostén y el antibiótico fue: Tetraciclina.

CASO No. 4.

Reg. No. 03302-69

Paciente: ECG

Edad: 48 años

Sexo: Femenino

Fecha de ingreso: 1 de Marzo de 1969.

MOTIVO DE CONSULTA: Aparecimiento de masa abdominal de aproximadamente 4 meses de evolución.

HISTORIA: Refirió el paciente que aproximadamente hacía cuatro meses que notó aparecimiento de masa en región del hipogastrio, aproximadamente del tamaño de una moneda de 25 ctvs. que había aumentado de tamaño hasta llegar a ser como una naranja. Además desde hace dos meses ha tenido dolor que se localiza en el hipogastrio y se irradia al mesogastrio y el epigastrio.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Hernioplastía en el Hospital San Juan de Dios en el año 1964.

EXAMEN FISICO: No aparece nota de ingreso.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO: Hernia Incisional Recidivante.

ANALISIS DE LABORATORIO:

Glóbulos blancos	3750 mm ³
Fórmula leucocitaria:	76 segmentados
	21 linfocitos
	1 monocito
	2 eosinófilos

Velocidad de sedimentación: 66 mm en 1 hora.
Orina: Normal.

ESTUDIO RADIOLOGICO: No apareció ningún informe.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: No apareció.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: El 1 de marzo de 1969 se le efectuó laparotomía exploradora. No se encontró record operatorio ni nota operatoria, por lo que no se pueden describir los hallazgos encontrados en tal intervención.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Coleperitonitis.

Se le efectuó: Hernioplastía, Colectomía y Apéndicectomía.

EVOLUCION: Paciente evolucionó satisfactoriamente, se le dio egreso el día 17 de Marzo de 1969.

No se encontró informe de Anatomía Patológica, ni de el cultivo del líquido peritoneal supuestamente encontrado en la cavidad peritoneal.

TRATAMIENTO MEDICO: No apareció informe sobre el antibiótico usado.

CASO No. 5

Reg. No.: 07890-70

Paciente: JYS

Edad: 58 años

Sexo: Femenino

Fecha de Ingreso: 2 de Mayo de 1970.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal de cuatro días de evolución.

HISTORIA: Refirió el paciente que hacía cuatro días inició cuadro de dolor en Hipocondrio Derecho; dolor sordo, constante, sin irradiación. Fiebre no controlada por termómetro.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Ninguno.

EXAMEN FISICO: Paciente lucía en mal estado general. SV; PA 110/60; Pulso 80 por minuto; Temperatura oral 37 grados Centígrados. Piel: Ictérica. Abdomen: Ligeramente globoso, blando, depresible, ligeramente doloroso a la palpación en Hipocondrio derecho. A ese nivel se palpó masa lisa, dura.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO: Colecistitis Crónica Calculosa. CA de vías biliares con metástasis al Colédoco.

ANALISIS DE LABORATORIO:

Glóbulos blancos	11,700 mm ³
Fórmula leucocitaria:	76 segmentados, 19 linfocitos 1 monocito 4 cayados.
Velocidad de Sedimentación:	105 mm en 1 hora.
Orina:	4 leucocitos por campo.
Bilirrubinas:	3.93 mgs o/o 2.84 mgs o/o Directa. 1.09 mgs o/o Indirecta.

ESTUDIO RADIOLOGICO: No aparecieron los informes.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: Colecistitis Calculosa.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: El día 10 de Mayo de 1970 se le efectuó laparotomía exploradora y los hallazgos operatorios fueron:

1. Más o menos 1000 cc de líquido amarillo verdoso en la cavidad peritoneal.
2. Vesícula tensa, con múltiples cálculos y plastrón de epiplón en la superficie.

Se le practicó: Colecistostomía dejando sonda de Pezzer en la vesícula, no fue posible drenar el colédoco y el cístico posiblemente no está permeable por el edema.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Colecistitis Aguda (piocolecisto). Colangitis Aguda. Peritonitis Biliar por trasudación.

EVOLUCION: El paciente en su Post-operatorio inmediato presentó paro Cardíaco; fue tratado con Adrenalina IV y maniobras externas. Logró salir perfectamente.

Finalmente presentó buena evolución y se le dio egreso el día 20 de Mayo de 1970.

En la Ficha Clínica no apareció el informe de Cultivo al líquido encontrado en la cavidad peritoneal durante la intervención.

ANTIBIOTICOS USADOS: Penicilina Cristalina. Penicilina Procaínica. Tetraciclina. Ampicilina.

El 22 de Julio de 1970 fue reingresado con Impresión Clínica de Colecistitis Calculosa y coledocolitiasis; el 13 de Agosto del mismo año se le practicó Colecistectomía y Coledocostomía.

El día 13 de Octubre del mismo año se le da egreso después de

ver Colangiograma por tubo de Kehr, en el que se observó que ya no habían Cálculos residuales. Se retiró el tubo de Kehr.

CASO No. 6.

Reg. No. 10262-74

Paciente: P.P.G.

Edad: 47 años.

Sexo: Masculino.

Fecha de ingreso: 18 de julio de 1974.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal de aproximadamente 5 meses de evolución.

HISTORIA: Refirió el paciente que el dolor se encontraba localizado a nivel del Hipocondrio Derecho, siendo éste sordo, moderado, que se aliviaba al comer algunos alimentos; y que se exacerbaba con el chile, café y otros alimentos grasosos. Hace 15 días el cuadro se agudizó, consultó a Médico particular quien le recetó inyecciones que le proporcionaron alivio.

Poco tiempo después notó que sus ojos se tornaron amarillos, y las heces de color blanquecino. No ha presentado fiebre, vómitos ni calosfríos.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA: Alcohólico Crónico.

EXAMEN FISICO: Paciente tranquilo, colaborador.

SV: PA 110/70; Pulso 60 por minuto, Respiraciones 14 por minuto y Temperatura oral de 37 grados centígrados.

Ojos: Ictéricos.

Piel: amarillenta.

Abdomen: Plano, blando, doloroso en Hipocondrio Derecho, se pal-

pó hígado más o menos a 3 cms por debajo del reborde costal, sin lograr palpar vesícula. Ruidos intestinales presentes.

ANALISIS DE LABORATORIO:

Glóbulos blancos	6,850 mm ³
Fórmula leucocitaria:	79 segmentados 19 linfocitos. 2 eosinófilos.
Velocidad de sedimentación:	58 mm en 1 hora.
Bilirrubinas:	7.3 mgs o/o. 5.6 mgs o/o Directa. 1.7 mgs o/o Indirecta.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

Colangiograma Percutáneo: se observó lo siguiente:

1. Marcada dilatación de los conductos biliares intrahepáticos.
2. No hubo paso del medio de contraste hacia el duodeno.
3. Hubo buen paso del medio de contraste hacia la vesícula biliar. (No se visualizó cálculo en ésta).
4. Conducto colédoco tortuoso, con obstrucción distal al paso del medio de contraste.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: No apareció.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: El día 31 de Julio de 1974 se le efectuó laparotomía exploradora y los hallazgos operatorios fueron:

- a) Material biliar en la cavidad peritoneal, más acumulado en el saco de Douglas.
- b) Vesícula biliar tensa, de color verde. (Hay infiltración biliar de

su pared, vesícula friable.)

- c) Colédoco sumamente distendido.
- d) Cabeza del Páncreas indurado, aumentado de tamaño.

Se le efectuó:

1. Aspiración de material biliar.
2. Colecistectomía.
3. Coledocoduodenostomía laterolateral.
4. Coledocostomía Proximal.
5. Biopsia de ganglio Suprapilórico.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: CA de cabeza del Páncreas.
Peritonitis Biliar.

Informe de Anatomía Patológica reportó lo siguiente:

Tejido Blando del área pancreática: Carcinoma Indiferenciado Metastásico. Vesícula biliar: Carcinoma Indiferenciado Metastásico. No se encontró informe del cultivo realizado al líquido Peritoneal.

El día 7 de Agosto de 1974 se le realizó Colangiograma por tubo Kehr, que fue informado así:

- a) El medio de contraste pasa sin dificultad al Duodeno.
- b) El área Duodenal aparentemente es normal.
- c) Hay dilatación residual del conducto hepático izquierdo.
- d) Puede verse aire intrahepático vecino al conducto.
- e) El colédoco es de calibre normal.

EVOLUCION: El paciente presentó evolución satisfactoria, se le dio egreso el día 23 de Agosto de 1974.

Antibiótico usado: Penicilina.

CASO No. 7

Reg. No.: 07499-76.

Paciente: F.G.A.

Edad: 67 años.

Sexo: Masculino.

Fecha de Ingreso: 17 de julio de 1976.

MOTIVO DE CONSULTA: Dolor abdominal de 45 días de evolución.

HISTORIA: Refirió el paciente que 45 días atrás, había iniciado cuadro de dolor abdominal, localizado en epigastrio, sordo, paroxístico, que se aliviaba parcialmente con algunos medicamentos caseros. Tiene el mismo tiempo de presentar coloración amarilla de piel y en ojos.

Consultó a facultativo, quien le recetó soluciones IV y algunos medicamentos (no recuerda sus nombres).

Hace cuatro días el dolor se intensificó y se vio asociado con náuseas y vómitos alimenticios, los cuales han aumentado desde hace dos días.

ANTECEDENTES DE IMPORTANCIA:

Médicos: Paludismo hace más o menos 36 años.

Traumáticos: Traumatismo en Fosa Renal Derecha hace 7 meses.

EXAMEN FISICO: Paciente tranquilo, colaborador.

SV: PA 90/70, pulso 100 por minuto, Respiraciones: 20 por minuto y Temperatura oral de 37 grados centígrados.

Ojos: ictericos.

Piel: Ictericia generalizada.

Torax: Normal.

Abdomen: Plano, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda de epigastrio; hígado palpable 2 cms por debajo del reborde costal derecho, no doloroso. Ruidos intestinales normales.

IMPRESION CLINICA DE INGRESO: Ictericia Obstructiva de et.

- a) CA de vías biliares
- b) CA de cabeza del Páncreas
- c) Cálculo enclavado.

ANALISIS DE LABORATORIO:

Glóbulos Blancos:	13,000 mm ³
Fórmula leucocitaria:	83 segmentados 11 linfocitos 5 cayados 1 monocito.
Velocidad de Sedimentación:	78 mm en 1 hora
Bilirrubinas	11.20 mgs o/o 9.0 mgs o/o Directa 2.20 mgs o/o Indirecta.

ESTUDIO RADIOLOGICO:

Colangiograma Percutáneo: Se observó la vesícula de aspecto normal, no hay paso del medio de contraste al cístico. Se tomó muestra de bilis para cultivo y papanicolau. También se tomó biopsia hepática.

Tórax: Ligera elongación de la aorta y probable hipertrofia ven-

tricular izquierda. Los pulmones son normales.

DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO: Colecistitis Aguda. Coledocolitiasis. Coleperitoneo.

LAPAROTOMIA EXPLORADORA: El día 22 de julio de 1976 se le efectuó Laparotomía exploradora y los hallazgos operatorios fueron:

1. Coleperitoneo en región del retroperitoneo, hiato de Wislow y cavidad de los epiplones.
2. Vesícula distendida (Colecistitis Aguda).
3. Coledocolitiasis.

Se le efectuó: Colecistectomía. Coledocostomía. Exploración del Colédoco.

DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO: Colecistitis Aguda. Coledocolitiasis. Colangitis. Coleperitoneo.

Informe del cultivo de la bilis: Se aisló E. Coli sensible a Penicilina, Ampicilina, Kanamicina, Gentamicina, Cefalotina, Colistin, y Chloromycetina. Biopsia del Hígado: Intento de Biopsia Hepática.

Informe de Anatomía Patológica: Pieza Vesícula biliar; Diagnóstico: Inflamación aguda supurativa, superimpuesta en vesícula crónicamente inflamada.

EVOLUCION: Paciente presentó evolución satisfactoria, se le dio egreso el día 8 de Agosto de 1976.

Antibiótico usado: Ampicilina.

A continuación se presentan algunos datos que contienen las

variantes que fueron observadas en la casuística presentada.

Durante el período del tiempo del que se hizo la revisión, ocurrieron siete casos de Peritonitis Biliar comprobados por Diagnóstico Post-operatorio.

CASOS REPORTADOS	11
CASOS REVISADOS	10
CASOS COMPROBADOS	7

Un caso reportado no fue revisado por haber sido imposible encontrar el Registro clínico en los archivos. De los 10 casos revisados, únicamente 7 casos fueron comprobados por Diagnóstico Post-operatorio y son los que aparecen en la casuística presentada.

La distribución de la frecuencia según el sexo fue el siguiente:

SEXO:

Femenino: 3 casos.	42.84o/o
Masculino: 4 casos.	57.12o/o

La distribución de la frecuencia según la edad fue la siguiente:

EDAD:

De 0 a 10 años.	0 casos - 0o/o
De 11 a 20 años.	0 casos - 0o/o
De 21 a 30 años.	0 casos - 0o/o
De 31 a 40 años.	0 casos - 0o/o
De 41 a 50 años.	2 casos - 28.56o/o
De 51 a 60 años.	4 casos - 57.12o/o
De 61 a 70 años.	1 caso - 14.28o/o

Con relación a la historia referida por los pacientes, en el siguiente cuadro se presentarán, en orden de frecuencia, los diferentes SINTOMAS referidos:

Dolor abdominal	6 casos - 85.68o/o
Ictericia	4 casos - 57.12o/o
Náuseas	3 casos - 42.84o/o
Vómitos	3 casos - 42.84o/o
Fiebre	3 casos - 42.84o/o
Anorexia	2 casos - 28.46o/o
Masa abdominal.	2 casos - 28.46o/o
Calosfríos	1 caso - 14.28o/o

Como complemento del cuadro clínico reportado en la casuística, no se pudieron enumerar los diferentes Signos encontrados al Examen Físico; ya que en las diferentes evoluciones y examen físico de ingreso de cada uno de los pacientes no apareció una buena descripción de éste.

A continuación se enumerarán los diferentes diagnósticos Pre-operatorios, según orden de frecuencia:

DIAGNOSTICO
PRE-OPERATORIO-

Coleperitoneo	3 casos
Colecistitis Crónica Calculosa	2 casos
Colecistitis Aguda	1 caso
Coledocolitiasis	1 caso

Los diagnósticos pre-operatorios de dos pacientes no aparecieron en la ficha clínica:

Como puede observarse, el diagnóstico Pre-operatorio de Cole-

peritoneo fue hecho en un 42.84o/o.

ANALISIS DE LABORATORIO:

En los siguientes cuadros se muestran los resultados de los análisis de laboratorio efectuados, en la casuística presentada:

LEUCOCITOS

SI 5 casos - 71.40o/o
NO 2 casos - 28.56o/o

Como podrá observarse en un 71.40o/o de los casos se presentó leucocitosis y la fórmula leucocitaria reveló la predominancia de los neutrófilos segmentados.

SEDIMENTACION

ELEVADA 7 casos - 100o/o
NORMAL 0 casos - 0o/o

Como podrá observarse hubo Velocidad de Sedimentación en un 100o/o de los casos presentados.

BILIRRUBINAS:

ELEVADA 5 casos - 71.40o/o
NORMAL 0 casos - 0o/o
NO APARECIO..... 2 casos - 28.56o/o

Cinco de los siete casos presentaron hiperbilirrubinemia, es decir en un 71.40o/o de los casos. Los datos correspondientes a dos casos no aparecieron.

HALLAZGOS RADIOLOGICOS:

Vesículas normales 2 casos
Opacificación del Colédoco 2 casos
Niveles líquidos 1 caso
Cálculos vesiculares 1 caso
Dilatación de conductos Biliares Intrahepáticos 1 caso
Silueta hepática aumentada de tamaño 1 caso

Los microorganismos que fueron cultivados de las distintas muestras del líquido peritoneal obtenidos:

CULTIVADOS:

Estafilococo Blanco no hemolítico, coagulasa
negativo 1 caso - 14.28o/o
E. Coli 1 caso - 14.28o/o

Solamente en dos casos apareció el informe del cultivo solicitado, en cinco casos fue imposible localizarlo.

COMPLICACIONES POST-OPERATORIAS:

Las complicaciones Post-operatorias que se presentaron fueron las siguientes:

Paro cardio-Respiratorio. 2 casos - 28.56o/o

ANTIBIOTICOTERAPIA:

Los antibióticos que con mayor frecuencia se usaron fueron los siguientes, siempre enumerados por orden de frecuencia.

Penicilina Cristalina 4 casos

Penicilina Procaínica.....	4 casos
Tetraciclina.....	2 casos
Ampicilina.....	2 casos
Estreptomina.....	2 casos
INH.....	1 caso
Chloromycetina.....	1 caso

Finalmente se muestra a continuación la mortalidad que hubo en los 7 casos presentados anteriormente:

MORTALIDAD

MUJERES.....	1 caso - 14.28o/o
HOMBRES.....	1 caso - 14.28o/o

CONCLUSIONES

En el período de 10 años comprendido del 1 de enero de 1968 al 31 de diciembre de 1977, ocurrieron 7 casos de Peritonitis Biliar o Coleperitoneo Primario en el Hospital General "San Juan de Dios" de Guatemala; desafortunadamente no conocemos un número suficiente de casos para poder describir las variantes epidemiológicas con más veracidad, sin embargo podemos afirmar que:

1. El Coleperitoneo Primario es una entidad Clínico-quirúrgica que se observa en muy pocas ocasiones, motivo por el cual es muy poco conocida y como consecuencia, el médico casi nunca la incluye en su diagnóstico diferencial.
2. El origen de la enfermedad es bastante oscuro. Existiendo un gran número de teorías que tratan de explicárnoslo.
3. Se presenta con más frecuencia en el sexo masculino y en las edades comprendidas entre 51 y 60 años.
4. De la casuística presentada no podemos deducir nada con relación a los agentes causales, pues la documentación de los casos es bastante deficiente y los resultados no son confiables.
5. El cuadro clínico comprendió los Síntomas siguientes: Dolor abdominal, Náuseas, Fiebre, Masa abdominal, Ictericia, Vómitos, Anorexia, Calosfríos.
6. Se hizo el diagnóstico Pre-operatorio en tres de los siete casos,

correspondiéndole el 42.84o/o.

7. Los análisis de laboratorio incluyen: Leucocitosis, a expensas de los neutrófilos segmentados. La velocidad de Sedimentación está elevada. El análisis de bilirrubinas generalmente se encuentra elevado.
8. Los hallazgos radiológicos incluyen signos que nos hacen pensar en la presencia de una patología vesicular y/o de las vías biliares.
9. La penicilina continúa siendo el antibiótico de elección.
10. La mortalidad fue del 28.56o/o del total de los casos ocurridos.

RECOMENDACIONES

1. Es de suma importancia la adecuada evaluación clínica, teniendo siempre presente entre el diagnóstico diferencial del Abdomen Agudo, el cuadro de Peritonitis Biliar o Coleperitoneo.
2. También como parte de la evaluación clínica, el tacto rectal y el examen ginecológico debe realizarse en todo tipo de pacientes.
3. Siempre documentar adecuadamente los casos, anotando en la evaluación inicial, la temperatura, el pulso, etc.
4. La paracentesis y el lavado peritoneal constituyen un procedimiento Diagnóstico útil, por lo tanto, debe ser utilizado en estos casos en los que se sospecha la presencia de un acúmulo de líquido biliar en la cavidad peritoneal.
5. Prestarle mayor atención a los análisis de laboratorio, tales como numeración de Glóbulos blancos, velocidad de sedimentación y bilirrubinas.
6. Para llegar a determinar cuáles son los más frecuentes agentes causales de la Peritonitis biliar, el frote y el cultivo del exudado nunca deberán omitirse, ya sea de muestras tomadas durante la paracentesis o el acto operatorio.

Así mismo, la selección del o los antibióticos deberá estar siempre basada en una prueba de sensibilidad a los mismos (Antibiograma).

7. Es recomendable que exista en sala de operaciones, en un sitio especial, el material necesario para efectuar frotos de cualquier exudado, así como medios de cultivo para la siembra inmediata.

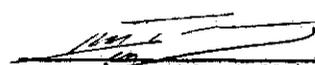
BIBLIOGRAFIA

1. Contreras Mejía G.E. Tesis "Peritonitis primaria, su descripción y presentación de 9 casos ocurridos en 5 años en el Hospital San Juan de Dios de Guatemala". P 4-11. Julio de 1972.
2. Dámico D. Coleperitoneo senza perforazione. Minerva Chir. - 29: 706-25. 15 de Junio de 1974.
3. Elis H, et al. Bile Peritonitis - a reporten of fifteen patients. Postgrad Med. J. 50 (589): 713-7. Nov. 74.
4. Golden G.T., et al. Primary Peritonitis. Surg Gynecol Obstet. 135: 513-6 Oct 72.
4. Guerin P. Syndromes de Peritonite. Enciclopedia Médico-Quirúrgicas. Sociedad Anónima Ediciones Técnicas 1962, París. 24.061 D, P 1-7, Tomo No. 1.
6. Kent S.J., et al. Biliary Peritonitis without perforation of the gallbladder in acute cholecystitis. Br J. Surg. 61 (12): 960-2. Dic. 74.
7. Lacombe M. Peritonites Biliares. Enciclopedia Médico-Quirúrgicas. Sociedad Anónima Ediciones Técnicas 1962, París. 24.076 A, P 1-5, Tomo No. 1.
8. Masmonteil F. y Alperine G. Cholecystites Aigues. Enciclopedia Médico-Quirúrtica. Sociedad Anónima. Ediciones Técnicas

1962, París. 25.054 A, P 1-7, Tomo No. 1.

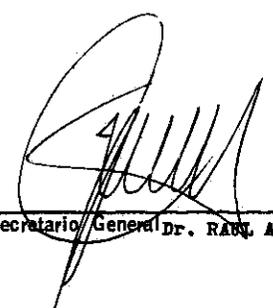
9. Morris, P.J. Diagnostic Paracentesis of the acute abdomen. Brit
J. Surg. 53: 707-8, Agosto del año 1966.


Dr. ERICK GIOVANNI MONTENEGRO LOPEZ

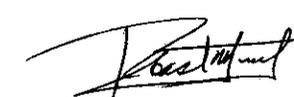

Asesor Dr. MARIO ANDRES GONZALES.


Revisor Dr. CARLOS AZPURU.


Director de Fase III Dr. JULIO de LEON.


Secretario General Dr. RAMON A. CASTILLO R.

Vo.Bo.


Decano Dr. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.-