

## Ileo biliar \*

### Sutura de la fístula duodenal de pasaje

Dr. FEDERICO LATOURRETTE

Traemos a consideración un caso de cirugía de urgencia.

#### Resumen de la historia:

A. R. de G., 63 años, sexo femenino. Registro Nº 206.315. Junio 6 de 1964.

*Antecedentes.*—Cardíacos, en tratamiento con digitálicos; reumatoides articulares, por los cuales tomaba dispersina y sedantes; no tiene dispepsia selectiva netamente caracterizada.

*Enfermedad actual.*—En la noche del 3-VI-1964 (hace tres días) comienza bruscamente con intenso dolor en epigastrio, que la deja quejándose toda la noche. Luego vómitos de alimentos ingeridos y de todos los líquidos que tomaba en sus intentos de aliviar el dolor. Desde el comienzo, no recuerda haber expulsado gases ni materias. Así como una disminución marcada de la diuresis. Pasa con ese cuadro, incambiado durante los días 4, 5 y 6 de junio, en que la persistencia de los vómitos biliosos y fecaloides, y los dolores paroxísticos abdominales, difusos por momentos, la obligan a consultar a un médico, quien la envía al Departamento de Emergencia del Hospital de Clínicas.

*Examen.*—Temperatura, 36° axilar; 37°8 rectal. Pulso, 100. Presión arterial, 15/10. Deshidratada. Fascias de sufrimiento.

*Abdomen.*—Moderadamente distendido. Móvil con la respiración. Timpánico en supra y periumbilical. La palpación encuentra balonamiento depresible, y despierta dolor la presión a nivel del epigastrio, ambos hipocondrios y sobre todo en flanco y fosa ilíaca izquierda. Ligera defensa antálgica. No se consigue palpar hígado ni bazo. Tampoco se palpa ninguna tumoración abdominal. No hay hernias. La auscultación: silencio abdominal.

*Examen genital.*—Sin anomalías a destacar.

*Tacto rectal.*—Ampolla vacía. Douglas libre. En la parte alta se tactan materias que salen en el guante, de color normal.

*Cateterismo vesical.*—Apenas 25 c.c. de orina de color normal, límpida.

*Aparato cardiovascular.*—Ritmo, 100. Por momentos insinúa un ritmo a tres tiempos. Soplido diastólico de punta, sin irradiación.

*Radiografía simple de abdomen.*—Distensión gaseosa de intestino delgado en la porción central del abdomen. Ausencia de gases en el colon. Imagen de aspecto litiásico en la parte interna del hipocondrio derecho. Parece esbozarse una neumatosis de vías biliares (Dr. E. Capandeguy).

*Examen de orina.*—Albúmina, 0,55 gr.%. Pigmentos biliares, +. Glucosa y acetona: no contiene. Urea, 10 gr.%. Cloruros, 1 gr.%. Densidad: cantidad insuficiente. Sedimento: dentro de lo normal.

*Hemograma.*—Glóbulos rojos, 4.150.000; hemoglobina, 89%; valor globular, 0,96; glóbulos blancos, 10.300.

*En síntesis.*—Enferma de 64 años, sin antecedentes biliares evidentes, que hace un cuadro agudo caracterizado por dolor paroxístico con empujes intensos. Desde entonces *constipación* para materias y gases, *vómitos* persistentes de contenido gástrico primero y luego biliosos y fecaloides, fétidos.

*Al examen.*—Balonamiento moderado. Dolor y ligera defensa antálgica en abdomen, sobre todo a izquierda. En la radiografía signos de oclusión mecánica del delgado, alta. Con una imagen en el flanco izquierdo de la placa en decúbito dorsal, que puede corresponder a un cuerpo extraño tipo cálculo biliar. Signo de neumatosis biliar.

Con el diagnóstico de oclusión mecánica del delgado, posiblemente por cálculo biliar impactado, se indica la intervención, previa tonificación e intubación intestinal.

*Operación (6-VI-1964).*—Incisión paramediana derecha pararrectal interna.

Abierto el peritoneo se comprueban asas yeyunales distendidas, rojo-violáceas. Asas ileales chatas, acintadas. Se introduce la mano al flanco izquierdo, donde radiológicamente se veía la imagen sospechosa de cálculo biliar, y se comprueba de inmediato su existencia. Grueso cálculo biliar de 4 cm. de largo por 2,5 cm. de diámetro, con forma de tapón de champagne con el extremo ensanchado hacia adelante. Se practica su traslado hacia segmento sano, escurriéndolo hacia adelante unos 5 cm. Enterotomía longitudinal a bisturí. Extracción. Sutura con gastergut cromado en sur-

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" de la Facultad de Medicina, Prof. Dr. Héctor Ardao. Hospital de Clínicas, Montevideo.

Presentado a la Reunión Conjunta de la Sociedad de Cirugía del Uruguay con la Sociedad de Cirugía de Mercedes, el 25 de julio de 1964.

get total y un plano seroseroso con gastergut. De inmediato se reconstituye el tránsito.

Se completa la exploración abdominal. No existe otro cálculo en el delgado. Organos pelvianos normales. Hígado chico. En la región subhepática en zona vesicular, se palpa una induración que parece corresponder a cálculo. El duodeno se angula y adhiere a esa zona. Se amplía la incisión hacia arriba para visualizar la región. No se encuentra vesícula. Existe una formación dura, irregular, que solidariza la cara inferior del hígado al duodeno y parece palpase un cálculo a ese nivel.

Se mira el cálculo extraído y tiene una cara lisa como moldeada por el contacto con otro cálculo. Se intenta decolar algo más y se produce el despegamiento brusco del duodeno, que deja al descubierto una fistula amplia, de unos 3 cm., de bordes indurados, esclerosos. Sale líquido duodenal que se aspira. No se consigue encontrar restos de la vesícula. No viene bilis del área hepática de decolamiento. Se procede entonces a realizar la sutura de la apertura duodenal, situada a nivel de la rodilla duodenal, para lo cual se practica el decolamiento retroduodenopancreático. Sutura total con gastergut cromado N° 1. Otro plano seroseroso con gastergut. Un plano de epiploplastia sobre la sutura.

Sonda Petzer frente a la sutura. Dren cigrarrette con tubo frente a la zona de despegamiento duodenal de la cara inferior del hígado. No se encontró ningún otro cálculo. El pedículo hepático, palpatoriamente normal.

Toilette con suero. Se extrae la Petzer por contraabertura lateral. Cierre parietal por planos, con lino. Puntos en piel.

*Evolución postoperatoria.*—Apirética. El drenaje biliar, moderado por la sonda Petzer, aparece a las 24 horas de operada. Se mantiene durante unos 12 días, decreciendo paulatinamente. Al 8º día hace cuadro agudo cardiovascular que el E. C. G. reveló un infarto de cara posterior. Lo que prolongó su retención en el hospital. La sonda Petzer se retiró al 20º día de operada.

Alta al 29º día de la operación.

## COMENTARIOS

De la precedente observación, queremos resaltar brevemente aquellos hechos que consideramos de mayor importancia:

1º) Que una litiasis vesicular puede cursar asintomática, hasta que un día se pone de manifiesto bruscamente por una de sus complicaciones agudas, como es la oclusión intestinal por la migración de un grueso cálculo hacia la luz intestinal.

2º) La importancia del estudio radiológico abdominal en todo cuadro agudo de vientre, sobre todo cuando se plantea la sospecha de una oclusión intestinal.

3º) Que el estudio radiológico realizado a esta paciente, permitió demostrar: a) que se trataba de una oclusión intestinal, mecánica, del delgado alto; b) que en la topografía de las vías biliares, se apreciaba la presencia de gases, configurando una *neumatosis biliar*. Hecho revelador de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo; c) que los datos precedentes, orientando la búsqueda del cálculo obstructor, permiten localizarlo en el extremo distal de las asas distendidas, como se aprecia también en las placas. Completando así *el diagnóstico preoperatorio positivo de íleo biliar*.

4º) Que, comprobada la fistula colecistoduodenal de pasaje, dos son las conductas posibles: a) *no actuar sobre ella* en el acto quirúrgico, que resuelve la oclusión intestinal. Táctica prudente, seguramente la más aconsejable; b) *solucionar la fistula colecistoduodenal* en el mismo acto quirúrgico. Conducta que se debe seguir, cuando, en situaciones como la presentada, se produce en el curso de la exploración el desgarro de las adherencias colecistoduodenales.

*Suturar el duodeno, sin drenaje*, cuando el buen estado de sus paredes nos asegure un cierre hermético y tranquilizante.

*Suturar el duodeno sobre sonda Petzer* cuando el cierre deje dudas.

*Drenar la vía biliar*: vesícula residual o colédoco, siempre que sea posible. Cuando la vía biliar principal o accesoria no puedan ser localizadas, con ese fin, *dejar siempre* un drenaje subhepático de seguridad. Porque, aunque en el curso de la intervención no se vea salir bilis, ésta fluye habitualmente en las horas o días siguientes.

*Si no hay avenamiento*, serias complicaciones son inevitables. Peritonitis biliar, abscesos subhepáticos, etc.

*Si existe avenamiento al exterior*, la bilirragia producida, cura en poco tiempo. Como sucedió en el caso presentado.

## RESUMEN

1) Se presenta un caso de oclusión por íleo biliar con diagnóstico preoperatorio, merced al signo radiológico de neumatosis biliar.

2) Durante la exploración quirúrgica se produjo el desgarro de las adherencias colecistoduodenales, dejando abierta la fistula duodenal de pasaje del cálculo.

3) La sutura duodenal en dos planos consiguió una curación sin complicaciones.

adhérences cholécysto-duodénales, en laissant ouverte la fistule duodénale de pasage du calcul.

3) La suture duodénale en deux plans fit possible la guérison sans incidents.

## RÉSUMÉ

1) On présente un cas d'occlusion intestinale par iléus biliaire dans lequel le diagnostic pré-opératoire fut possible grâce à l'étude radiologique qui démontra une pneumatose biliaire.

2) Pendant l'exploration chirurgicale se produisit la déchirure accidentelle des

## SUMMARY

1) A case of gall stone intestinal obstruction is reported. Biliary pneumatosis was the clue for a correct pre-operative diagnosis.

2) During surgical exploration division of colecystoduodenal adhesions demonstrate a duodenal fistula.

3) Duodenal surgical suture—in two layers— was satisfactory.