

## Ileo biliar \* \*\*

### Visualización radiológica de la fístula colecistoduodenal

Dres. WASHINGTON LIARD y ENRIQUE BOIX

Traemos una observación de íleo biliar, que aunque de relativa importancia de por sí, presenta un estudio radiológico de interés.

**HISTORIA.**— R. E. de P., 71 años, sexo femenino. Registro Nº 136.502 (Hospital de Clínicas). Ingresó el 5-IV-66, habiendo comenzado cuatro días atrás con dolor en H.D., vómitos de alimentos y bilis, junto con dos o tres deposiciones diarreicas. Mejora con bolsa de hielo y posteriormente la diarrea cede, dando lugar a constipación para materias y gases. Oliguria con orinas oscuras y sed intensa.

Antecedentes de hipertensión y hemiparesia izquierda hace dos años. Tratada con anticoagulantes por su arteriosclerosis avanzada.

Al examen (realizado en Emergencia): negativismo psíquico, deshidratación, pulso de 100 p.m., P.A. 15-8. Abdomen blando, deprimible e indoloro; no distendido y silencioso a la auscultación.

La radiografía abdominal no aportó elementos de importancia, salvo una imagen gaseosa en H.D. que se atribuyó a gases colónicos

Exámenes de laboratorio: glicemia 3gr.50; urea en sangre 2gr.40; orina con glicosuria, pero sin compuestos cetónicos.

Se interpretó como un problema de descompensación metabólica, por lo cual se la ingresa a Servicio de Gastroenterología. Mejora en las 48 horas siguientes cesando los vómitos y compensando su diabetes con tratamiento.

En esas condiciones es vista por nosotros, no encontrando variantes con respecto al cuadro inicial. El tacto rectal mostró ampolla con escasas materias. Enemas repetidos sólo consiguen que expulse una discreta cantidad de gases y posteriormente se instala distensión abdominal, solicitándose entonces un nuevo par radiológico, en el cual vemos: asas delgadas dilatadas y con niveles; gas en la proyección vesicular y la imagen de un cálculo fuera del H.D.

Se intervino el 14-IV-66 con diagnóstico de íleo biliar, que se confirmó al encontrar un

grueso cálculo de 6 x 3 cm. impactado en la parte media del delgado. Área subhepática bloqueada por adherencias como es habitual. Se solucionó por enterotomía en intestino sano y extracción del cálculo.

El tránsito se restauró a las 48 horas, evolucionando un postoperatorio favorable hasta el alta con la paciente en buenas condiciones.



A los veinte días de la intervención se decidió investigar el trayecto fistuloso con estudios radiológicos dirigidos a los sectores biliar y gastroduodenal por separado.

**Colecistografía** a doble dosis y **biligrafina** simultáneas: vesícula que no se tiñe, pero que aparece llena de gas; vía biliar principal normal.

**Gastroduodeno:** buscando rellenar la fístula, movilizándolo la enferma en distintos decúbitos, bajo pantalla. Se obtuvo el lleno de la vesícula con bario, visualizándose además la comunicación patológica colecistoduodenal (ver figura).

## COMENTARIO

De la observación relatada interesa puntualizar algunos hechos de importancia.

1) Se trata, como es habitual en estos casos, de una enferma con terreno defici-

\* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "F" del Profesor H. Ardao y del Servicio de Radiología del Profesor Dr. L. Zubiarré (Hospital de Clínicas).

\*\* Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 27 de abril de 1966.

tario: edad avanzada, obesa, diabética y con severos trastornos cardiovasculares.

2) Cuadro clínico confuso al comienzo, que se identificó tardíamente al progresar la enfermedad en sus etapas evolutivas. La demora en el diagnóstico de íleo biliar es un hecho frecuente y basta mencionar como ejemplo los datos proporcionados por Glenn y Mannix (3) en una serie de 40 observaciones, de las cuales 4 fueron diagnosticadas por la radiología y 36 por la intervención o autopsia.

3) La notoria gravedad de la afección, consecuencia directa de las circunstancias citadas. Al respecto, son significativas las cifras de mortalidad actuales de 15 a 20% admitidas por Maingot (6).

En nuestro caso, la evolución afortunada no desvirtúa la necesidad de un mejor conocimiento y rapidez en el diagnóstico.

4) El estudio radiológico postoperatorio permitió localizar la fístula colecisto-duodenal. Desde la comunicación inicial de Carman, en 1917, citada por del Campo (2), en que se obtuvo el relleno casual de las vías biliares al realizar un tránsito baritado de gastroduodeno, se han publicado en forma esporádica observaciones similares. Mallet Guy y Maillet (7), en 1939, dan cuenta de un caso de fístula colecisto-duodenal diagnosticado de esta manera e insisten en la necesidad de este examen en todos los sufrimientos biliares antiguos, para pesquisar la complicación citada. Lasala (5) y Lapeyre y col. (4) aportan también nuevas observaciones. Mirizzi (8), por el contrario, opina que la radiología identifica un número limitado, a pesar del empleo de técnicas especiales, hecho que explica por la retracción de los tejidos y la estrechez del trayecto.

En el balance de estas consideraciones, creemos de utilidad insistir en ese estudio ante casos similares, en forma de controles periódicos, ya que no podemos predecir la evolución futura para cada caso particular de fístula biliodigestiva, evolución que puede orientarse hacia el cierre espontáneo y curación, o a la persistencia del trayecto con producción de síntomas que requieran una intervención complementaria y definitiva.

## RESUMEN

Se presenta una observación de íleo biliar, en la cual fue posible el diagnóstico del tipo de fístula biliodigestiva, utilizando el estudio radiológico baritado de gastroduodeno.

Se destaca la utilidad de este examen con el propósito de documentar la evolución de la fístula.

## RÉSUMÉ

On présente une observation d'iléus biliaire, dans lequel le diagnostic du type de fistule biliodigestif, fut possible grâce à l'étude radiologique gastroduodenale.

On remarque l'utilité de cet étude qui permet suivre l'évolution de la fistule.

## SUMMARY

A case of gallstone intestinal obstruction is reported. Roentgenologic study by means of a barium meal showed the type of the bilioenteric fistula.

The value of this study is emphasized especially during the follow up period.

## BIBLIOGRAFIA

1. ARDAO, A. R. Ileo biliar. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, XXXIII: 155, 1962.
2. DEL CAMPO, J. C. Neumatosis espontánea de las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Urug.*, XI: 241, 1940.
3. GLENN, F. and MANNIX, H. Biliary enteric fistula. *Surg. Gyn. Obst.*, 105: 693, 1957.
4. LAPEYRE, N. C., JOYEUX, R. et CARABALONA, P. Les fistules biliodigestives espontánées. *Jour. Chir.*, 67: 568, 1951.
5. LASALA, A. Consideraciones sobre íleo biliar. *Prensa Méd. Arg.*, XLII: 805, 1955.
6. MAINGOT, R. Operaciones abdominales. Tomo II. Ed. Bibliográfica Argentina, Bs. As., 1957.
7. MALLET GUY, P. et MAILLET. Sur le diagnostic radiologique et le traitement des fistules cholécysto-duodenales. *Lyon Chir.*, 36: 602, 1939.
8. MIRIZZI, P. L. Fístulas biliares internas espontánées en el curso de la litiasis biliar. *Prensa Méd. Arg.*, XXXI: 1887, 1944.