

CORRELATOS

Radiología de las fístulas biliodigestivas espontáneas y sus complicaciones

Dr. NESTOR L. BEROIS *

Las denominadas fístulas internas o espontáneas son comunicaciones patológicas entre las vías biliares, la vesícula biliar y el tracto gastrointestinal, u otros órganos.

Hay que hacer una distinción de esto, las llamadas Fístulas Bilio-Biliares que son comunicaciones patológicas dentro del sistema biliar:

También aquí hablaremos de Fístula Directa, cuando a punto de partida de una perforación de la vesícula biliar o el resto de las vías biliares, comunican en forma inmediata con otro órgano, y hablamos de Fístula Indirecta cuando, entre las vías biliares y el otro órgano media un trayecto o conducto fistuloso.

¿Cómo la Radiología puede llegar a contribuir a su Diagnóstico?

La revisión Bibliográfica Radiológica (1, 2, 5, 7, 8, 9, 10, 14, 15), nos enseña que este tipo de lesiones, en sus hallazgos, está asignada en gran parte por la casualidad.

En frecuencia en nuestro medio, por los casos de que tenemos conocimiento, es muy reducida en relación con el número de exámenes radiográficos Bilio-Digestivos que se practican.

Existen una serie de síntomas para su consideración en la especialidad, que deben tenerse en cuenta.

Antes de entrar en ello debemos insistir en una íntima relación entre Médico Radiólogo y el Médico que solicita el estudio cuando se plantea este diagnóstico; para lo cual es de sumo interés que el mismo sea realizado por el propio Radiólogo o bajo su supervisión o mediante el aporte del mayor número de datos clínicos.

Preferentemente los estudios radiográficos del tubo digestivo o de las vías biliares ya fueren por métodos simples o contrastados deben emplearse en lo posible equipos de T.V. radiográfico.

Por otro lado sigue y seguirá teniendo vigencia por mucho tiempo la Radiología convencional.

Frente a esta eventualidad tenemos dos maneras de encararlo desde el punto de vista Radiológico.

Radiografía simple y métodos que empleen medio de contrastes.

En primer lugar examen radiográfico simple del Abdomen en decúbito y posición de pie, con visualización diafragmática.

Aquí se puede ver aire en las vías biliares, imágenes con caracteres de cálculos, contenido gaseoso del intestino delgado (patológico en el adulto), etc.

De los signos radiográficos encontrados, destacamos francamente la Neumobilia (4, 6, 8, 13, 16) o aire en las vías biliares espontáneamente visualizada, predominantemente en los segmentos intra-hepáticos, gases que provienen por invasión ascendente del intestino o del estómago. (FIG. 1 y 2).

La visualización espontánea de una imagen con caracteres radiográficos de litiasis en un examen simple y su cambio de orientación o desaparición de la misma, en un segundo examen. (FIG. III - 3 - a).

Luego de estos hallazgos podemos recurrir al empleo de medios de contraste.

Aquí la falta de visualización de las vías biliares (colecistograma negativo) se ha tomado como elemento de probabilidad en este sentido. Plantea la posibilidad y debe hacerse su búsqueda.



FIG. 1.—Radiografía de Hipocondrio derecho, en posición de pie. Visualización de imágenes, con aumento de la radiotransparencia, con topografía de vías biliares internas, dilatadas: Neumobilia. Asa intestinal de caracteres radiográficos correspondientes a intestino delgado, con nivel líquido.

* Jefe de Servicio de Radiología del Hosp. Maciel.



FIG. 2.—Radiografía de Hipocondrio Derecho. Visualización de imágenes, que recuerdan la vía biliar, con contenido gaseoso. Neumobilia.

Algunos autores emplean bebidas gaseosas como método más simple (9).

Colocación de una sonda en el duodeno e inyección de aire (9).

Medios de contraste positivos, clásicamente empleados Sulfato de Bario bien líquido, Hy-paque (14 y 16).

El medio de contraste empleado pasa del estómago duodeno, yeyuno o colon a las vías biliares y constituye así un signo Patognomónico de Fístula Bilio-Digestiva.

La forma de pasaje permite algunas veces hacer el diagnóstico del tipo de fístula. (FIG. 4, 5, 6). Aquí un cuidadoso estudio de la secuencia en el trayecto seguido por el medio de contraste nos harán hacer con relativa certeza el diagnóstico preciso de la variante del pasaje. Por el ejemplo el relleno vesicular primario a punto de partida de un estudio gastroduodenal (11, 16) y posterior relleno del resto de las vías biliares de abajo a arriba hablarán de una comunicación colecisto-duodenal. (FIG. 4).

La práctica del estudio de Colon por enema en los sufrimientos epigástricos e hipocondrio derecho, pueden poner en evidencia también una fístula, Colecisto-Colónica.

Siempre el estudio radiográfico deberá ser cuidadoso empleando compresiones moderadas, cambio de posición del paciente (Trendelenburg, en decúbito laterales derecho e izquierdo y ventral).

No deben emplearse medio de contrastes Liposolubles, tienen el inconveniente de quedar retenido en las cavidades y los trayectos fistulosos.

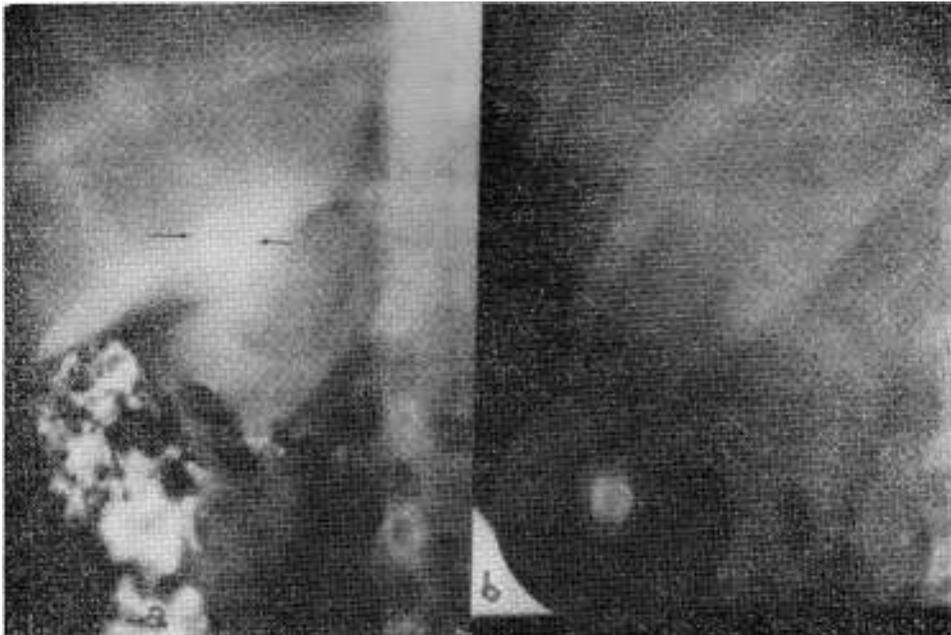


FIG. 3.—Figura a) Imagen en Hipocondrio derecho, topografía correspondiente a vías biliares, con caracteres radiográficos de litiasis (señalada). Figura b) desaparición de la misma luego de cuatro abdominal agudo, con expulsión de grueso cálculo, tomado de materias fecales (círculo).

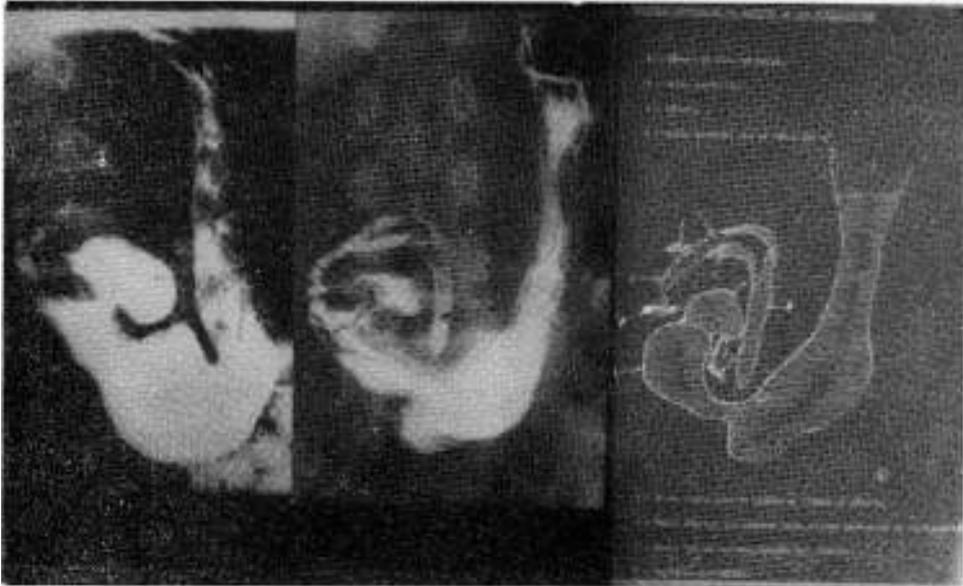


FIG. 4.—Estudio radiográfico gastroduodenal. Muestra la secuencia del pasaje, seguido por el medio de contraste, luego de la segunda porción, comunicación por fistula hacia la vesicula y relleno hepatocoledociano.

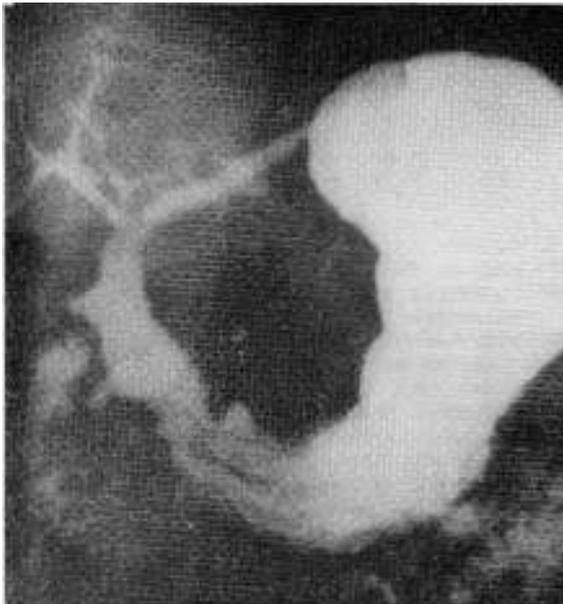


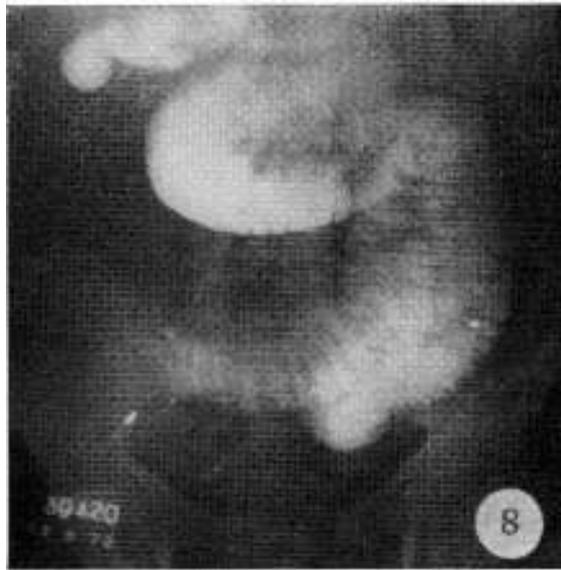
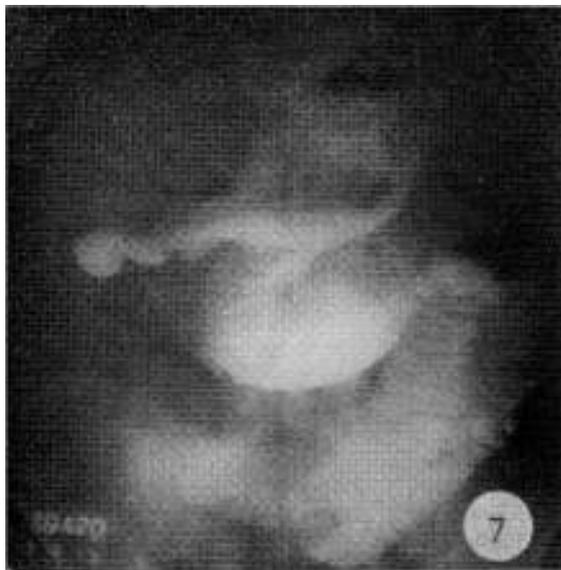
FIG. 5.—Radiografía que muestra relleno gastroduodenal en decúbito supino, con visualización de vías biliares, por fistula hepatoduodenal.

RESUMEN

El hallazgo de fistulas biliodigestivas espontáneas, se ha hecho hasta hoy, casi, en nuestro medio en forma casual. Debe hacerse su búsqueda por estudio minucioso, colocando el paciente en distintas posiciones, previo estudio del mismo, con radiografías simples, y posteriormente con contraste: gastroduodeno colon por enema, o ingestión de bebida gaseosa, sulfato de bario liquido, Hypaque. etc.



FIG. 6.— Estudio radiográfico, gastroduodenal en decúbito supino. Visualización de esófago, estómago duodenal, con pasaje del medio de contraste a las vías biliares. Fistula colédoco-duodenal.



FIGS. 7 y 8.—Estudio radiográfico de abdomen, con paciente en decúbito dorsal, previa la ingestión de medio de contraste, hidrosoluble (Hypaque), 60 c.c. Figura 7. Neumobilia. Visualización de estómago y en forma parcial intestino delgado, asas yeyunales hipotónicas. Figura 8. Detención de la sustancia de contraste, por grueso cálculo. Intervención quirúrgica, confirma el diagnóstico radiológico, íleo biliar y fistula colecisto duodenal, hallazgo operatorio.

Fundamental, aporte al radiólogo de datos, planeando su sospecha. En lo posible empleo de T.V.

Considerar como posibles eventualidades, colecistogramas negativos, cambios de posición en imagen de cálculo, neumobilia.

SUMMARY:

Spontaneous biliodigestive fistulas have been found, Uruguay, practically by chance. Their detection should be the result of careful studies, placing the patient in different positions, after having examined him through simple radiography and later using contrast: gastro-duodenum, colon by enema or ingestion of gaseous liquid, liquid barium sulphate, Hypaque, etc.

It is essential that the radiologist be made acquainted with the suspected disease and that he be supplied with all pertinent data. T.V. should be used whenever possible.

Should be considered negative cholecystograms, change of position in calculous images, and, pneumobilia.

RÉSUMÉ

En Uruguay on trouve exceptionnellement des fistules biliodigestivas spontanés.

On doit chercher dans un étude radiologique minutieuse, changeant les positions du malade pour permettre le passage d l'air à la voie hiliaire, quelques fois buvant des liquides gazeux.

L'étude contrasté se fera par repas baryté assa fluide, hypaque, etc.

Dan les cas de fistules colecystocóliques moyennant lavement baryte.

Les études se feront dessous le écran de télévision.

Quelques circonstances, devons être considérés: coleoystogrames, négatifs, changement d'images du calcul et antécédents cliniques de angiocholites ou iléus biliaire.

BIBLIOGRAFIA

1. BOCKUS, H. Gastroenterología. *Salvat* 1971. Barcelona.
2. BORMAN, C. N. Rigler, L. A. Spontaneous biliary fistula ano gall-stone obstruction. *Surgery* 1:349, 1957.
3. BOSCH DEL MARCO, L. M. Fistula Biliar Espontánea. *Bol. Soc. Cir. Uruguay* 24:185, 1953.
4. CAMAÑO, L. SILVA, C. Colecistitis aguda enfiematosa. *Día Méd. Uruguayo* 34:1037, 1968.
5. CAROLI, J. y COL. Pneumocolangie e pseudoneumocolangie. *Arch. Mal. App. Dig.* 44:932, 1955.
6. DEL CAMPO, J. C. Otero, J. Neumarosis espontánea de las vías biliares. *Bol. Soc. Cir. Urug.* 11:241, 1940.
7. FIGIEL, L. FIGIEL, S. Gallstone obturation of the duodenal bulb. *Roent.* 76:24, 1954.
8. GARLAND, L. N. BROWN, J. M. Roentgenology diagnosis of spontaneous biliary fistulae. *Radiology* 38:154, 1942.
9. HEPP, J. Fistules Biliares internes. *Congres Français de Chirurgie.* 54: 1952.
10. HICKEM, A. Spontaneous Gastrointestinal Biliary Fistula. *Surg, Gyne. Obst.* 82:723, 1946.
11. JUTRAS, A. GERMEZ, A. Visibilité des voies biliaires ou cours de examen du tube digestif. *Estude D'ensemble...* *Presse Med.* 58:357, 1950.
12. LASSRICH-PREVOT: Atlas de Roentgenología Pediátrica 1962.
13. SHERRY, J. The significance of air in the biliary System and liver. *Surg. Gyne, Obstr.* 128:49, 1969.
14. SHEHAOL, W. Clinical radiology of the biliary tract. *McGraw-Hill.* 1960. New York.
15. SCHINZ, H. R. BAENSCH, W. E. Tratado de Roentgendiagnóstico E. C. M. Tomo V; 403, 1971.
16. SCOTT, M., PYGOTT, F., MURPHY, L. The significance of gas and barium in the biliary tract. *Brit. Jour. Radiol.*, 27: 253, 1954.