

Fístula hepaticoduodenal espontánea de origen litiásico

Dres. LUIS PERRONE, MILTON E. MAZZA y ALBERTO R. ARDAO *

Vamos a presentar un caso de fístula biliar digestiva espontánea, cuya forma anatomoclínica muestra la comunicación del hepático común con la primera porción del duodeno. Más frecuentes son sin duda las colecisto o coledocoduodenales (1). La rareza de esta forma es la causa de nuestra presentación.

HISTORIA CLINICA

Mujer de 69 años, intervenida por una su- puesta patología biliar hace 37 años en Minas, desconociéndose en absoluto los detalles de la intervención. Según la enferma no se le dejó ningún tipo de drenaje.

Desde hace 10 años relata dispepsia hipo- esténica, a la cual se le agrega desde hace un año dolor de epigastrio y de hipocondrio derecho, acompañado en alguna oportunidad de coluria y chuchos de frío.

Uno de estos episodios motivan la consulta.

Examen.— Como elemento positivo tenemos: dolor discreto de epigastrio e hipocondrio de- recho, algunos elementos de repercusión sobre su estado general, no ictericia. Se comienza el estudio paraclínico de la paciente. Obtenemos primero que nada el gastroduodeno que mos-

tró una imagen que conduce al diagnóstico de fístula coledocoduodenal espontánea.

Para completar el estudio paraclínico se in- terna en el Hospital de Clínicas.

RX. de tórax: normal.

E.C.C.: bloqueo de rama der., hemibloqueo de rama izq.

Funcional Hepático: bilirrubinemia 1.02 mili- gramos por mil; proteinemia, 7.5 grs.; fosfata- sa alcalina, 3 u.i.; pruebas de floculación ne- gativas.

Rutinas: normales.

Con el diagnóstico de F.C.D. de probable origen litiásico, dado que no encontramos ele- mentos clínicos ni paraclínicos que sustentaran el diagnóstico de ulcus duodenal abierto en vías biliares, se decide el acto quirúrgico.

Operación: 8-X-71. Dres. R. Ardao, M. Mazza, L. Perrone.

Incisión: oblicua subcostal.

Exploración: vesícula pequeña y encastrada. Adherencias del bulbo duodenal al confluente hepático coledociano. Bulbo duodenal normal.

Procedimiento: liberación de adherencias. Se comprueba la existencia de una fístula peque- ña entre el hepático común y la primera por- ción del duodeno. Se amplía el orificio del hepático, se extraen 3 cálculos, bilis y pus. Cierre del orificio duodenal en 2 planos. Pa- saje fácil del Beniqué al duodeno, se deja un Kehr. Colecistectomía.

Postoperatorio.— Evoluciona sin ningún tipo de complicaciones. Se da el alta a los 20 días y en el momento actual está clínicamente asin- tomática.

* Residente de Cirugía, Asistente de Clínica Qui- rúrgica, Prof. Adjunto de Cirugía, Fac. Med. Montevideo.

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" Prof. R. Ru- bio. Hospital de Clínicas. Presentado el 3 de mayo 1972.

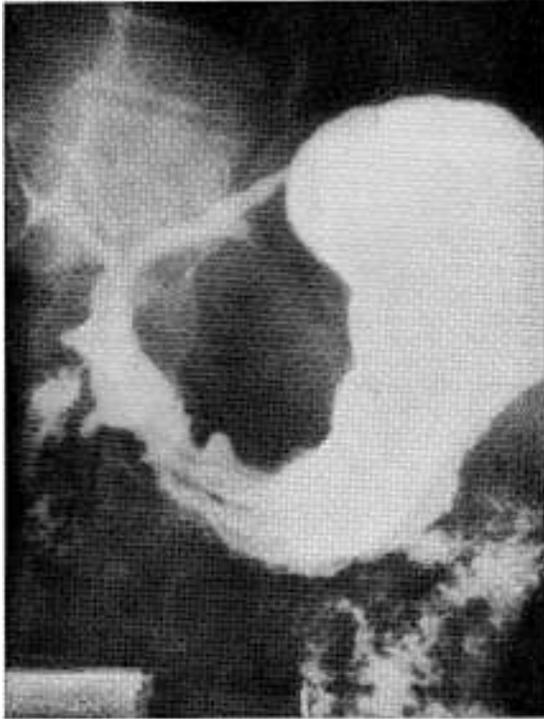


FIG. 1.— El bario del gastroduodeno rellena la V.B.P.

Controles radiológicos al mes de operada.— Se efectuó una colangiografía postoperatoria que sólo muestra un hepático izquierdo dilatado y un G.D. que marca una hipertonia duodenal con dilatación de la segunda porción, seguramente por el proceso fibrótico operatorio (fig. 3).

COMENTARIO

Se trataba de una fístula hepaticoduodenal postoperatoria tardía mantenida permeable por existir una obstrucción (litiasis) en el colédoco distal.

En estos casos, como en algunas fístulas colecistoduodenales con litiasis residual, la fístula biliodigestiva actúa como una anastomosis derivativa y es mantenida permeable por la propia hipertensión biliar (1).

La intervención anterior, fue presumiblemente la causa de que el duodeno se acolara al hepático que se fistulizó posiblemente por la erosión determinada por algún cálculo.

Las fístulas hepaticoduodenales laterales son raras, pero tal vez en muchas estadísticas se hallen incluidas entre las coledocoduodenales. Los cirujanos anglo-sajones usan el término "common duct" para toda la vía biliar principal sin distinguir hepático de colédoco. En los pacientes colecistectomizados a veces es imposible separar estos sectores de la vía biliar por no poderse identificar el muñón del cístico; en nuestro caso la existencia de la vesícula permitió establecer claramente la topografía.

Las fístulas coledocoduodenales son bastante raras. Stefanics (7) en una revisión de conjunto de 848 F.B.D. encontró solo 32, 3,7%. Hepp (3) en 398 incluye sólo 2. Judd y Burden (4) en 153 una sola. En nuestro país Chizzola (2) cita un caso entre 41 F.B.D., pero Praderi (5) reunió 6 casos personales: 2 espontáneas puras, una de origen litiasico y otra ulcerosa y 4 espontáneas postoperatorias. Este mismo autor (6) se refiere a otro tipo de fístulas hepaticoduodenales postoperatorias: las terminolaterales de descarga que se forman espontáneamente después de heridas operatorias del hepático.



FIG. 2.— Colangiografía intraoperatoria: V.B.P. algo dilatada. Pasaje fácil del contraste al duodeno.

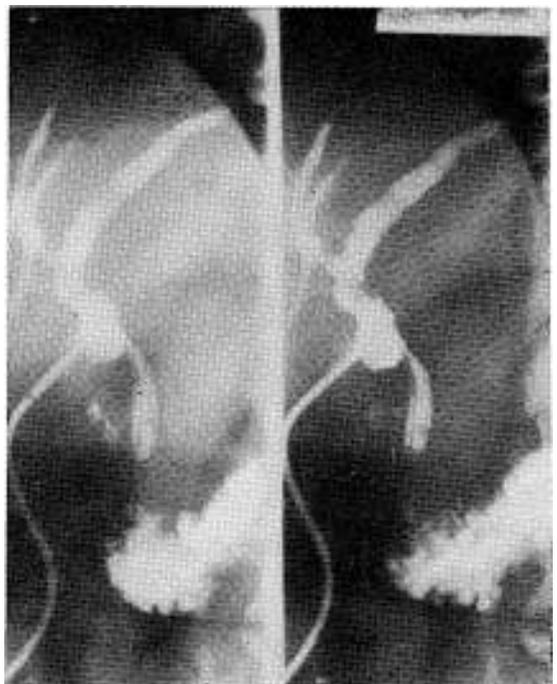


FIG. 3.— Colangiografía postoperatoria normal.

CONCLUSIONES

Se trataba de una fístula hepaticoduodenal postoperatoria determinada por una litiasis residual coledociana. Se diagnosticó en un estudio radiológico de gastroduodeno que mostró la comunicación biliodigestiva. El tratamiento quirúrgico consistió en: colecistectomía y coledocotomía, y fue efectivo.

RESUMEN

Observación de fístula biliodigestiva espontánea de origen litiasico entre el hepático y el duodeno, lo que constituye una variedad excepcional de F.B.D. espontánea.

Diagnóstico preoperatorio por relleno de la V.B.P. por el bario del gastroduodeno.

RESUMÉ

Observation concernant un cas exceptionnel de fistule biliodigestive spontanée d'origine lithiasique entre le canal hépatique et le duodénum. Diagnostic préopérateur de la fistule biliodigestive par son remplissage par le baryum du gastro-dudénum.

SUMMARY

A patient presented an unusual variety of spontaneous bilio-digestive fistula of lithiasic origin between hepatic duct and duodenum.

Preoperative diagnosis was established by filling bilio-digestive tract with barium through gastroduodenum.

BIBLIOGRAFIA

- ADLOFF, M., GILLET, M., WEISS, A. Les fistules bilio-digestives. *Ann. Chir.*, 21: 497, 1967.
- CHIZZOLA, M. Consideraciones sobre las fístulas biliodigestivas espontáneas. Tesis. Montevideo. 1959.
- HEPP, J., GRIMOUD, M., MERCADIER, M. Les fistules biliaires. *54^e Congres de la Association Française de Chirurgie*. 1952.
- JUDD, E., BURDEN, V. Internal biliary fistula. *Ann. Surg.*, 81: 305, 1925.
- PRADERI, R. Fístulas coledocoduodenales espontáneas. *Congreso Uruguayo de Cirugía 19^o*, v. 2, p. 61. 1968.
- PRADERI, R. Reintervenciones por fistulas y estenosis biliares altas. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 16^o, v. 3, p. 159. 1965.
- STEFANICS, J., NAGY, T., FARKAS, S., BARANKAY, B. Spontane innere bilio-enterische fisteln. *Brun's Beitr. Klin. Chir.*, 201: 483, 1960.

DISCUSION

DR. VALLS.— Este caso es extraordinario por dos cosas. En primer lugar porque es una fístula de la vía biliar principal en el duodeno que no es producida por una úlcera. Las fístulas que yo he visto de la vía biliar principal son por una úlcera duodenal que se perfora en la cara posterior y penetra en la vía biliar. Nosotros en la clínica hemos visto dos veces esta situación. Es llamativo que sea a una altura mayor, pero eso es una cosa secundaria.

De modo que una litiasis biliar ha sido la que engendró esta fístula. Habría que preguntarse si el duodeno era perfectamente normal también.

Habría que preguntarse, también, si la enferma no tuvo en sus antecedentes un episodio de ictericia, porque para que haya provocado una fístula tiene que haberse impactado un cálculo y haber provocado la erosión de la vía biliar principal y después la del duodeno, y para provocarlo tiene que haber provocado una obstrucción de la vía biliar principal. Es lo que yo pienso.

De modo que es un caso extraordinario y yo felicito a los autores por haberlo presentado.

DR. MARELLA.— Los comentarios hechos por los doctores Valls y Suiffet han sido bien precisos sobre este trabajo. La primer interrogante que surge es sobre qué tipo de operación se le había hecho anteriormente. ¿El hallazgo operatorio actual es secundario a la primer operación que pudo haber actuado sobre el duodeno o sobre el colédoco? ¿O lo actual es consecuencia de un nuevo proceso patológico?

Es sabido perfectamente que las fístulas colecistoduodenales son de origen biliar y que las fístulas coledocohepatoduodenales son de origen ulceroso. Es excepcional encontrar una fístula hepatocolocoduodenal de origen biliar. Aquí reside lo raro de esta observación y mayor aún por lo alta que estaba situada. Pero queda siempre la interrogante si esto no es una secuela quirúrgica.