

# Fístula biliar por la cicatriz de una antigua lumbotomía

Dres. Daniel Cassinelli, José Galarraga y Juan Lorenzelli \*

**Se presenta un caso de fístula biliar de localización rara, a nivel de una vieja lumbotomía, presumiblemente secundaria a un traumatismo hepático antiguo, y a una obstrucción coledociana actual. Se describe el tratamiento mediante una coledocoduodenostomía, y la evolución de su fístula biliar, y de la paciente, que fallece a los 18 días, por una afección intercurrente.**

*Palabras clave* (Key words, Mots clés). MEDLARS: Biliary fistula / etiology.

Las fístulas originadas en el árbol biliar, se ven con relativa frecuencia luego de las intervenciones sobre la vía biliar, por diversas patologías. Hoy queremos presentar una comunicación de una fístula biliar, que creemos de interés por la rareza de su localización y su modo de presentación, que no hemos encontrado descrita.

## OBSERVACION

R. V. 92 años de edad.

Es una paciente de interrogatorio muy difícil, a quien se le efectuó hace 20 años, una lumbotomía, a raíz de un traumatismo. Se ignora lo que se realizó en la intervención.

A los 15 años de la intervención, aparece una pequeña fistuleta por la lumbotomía, que drenaba esporádicamente líquido seroso y a veces seropurulento, ni orina, ni bilis.

Desde hace 6 meses, cambia la característica del drenaje, que se hace verdoso y en ocasiones, verde oscuro.

Ingresa actualmente, por ese drenaje, que es franco y abundante, ya que hay que curarla 4 o 5 veces diarias.

Al examen, comprobamos una paciente con un estado general de acuerdo a su edad, con un estado de hidratación correcta, con una franca ictericia de piel y mucosas.

Al examen abdominal no revela ninguna particularidad.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 12 de noviembre de 1975.

\* Profesor Adjunto y Residentes de Clínica Quirúrgica.

Dirección: Adolfo Berro 1088, Montevideo (Dr. Cassinelli).

*Clinica Quirúrgica "2" (Prof. Dr. Lorenzo Mérola). Hospital Maciel. Montevideo.*

En la fosa lumbar derecha, existe una cicatriz de lumbotomía, en el centro de la cual, hay un orificio fistuloso, por el que fluye líquido con todas las características de la bilis.

La paciente presentaba además, un síndrome respiratorio catarral muy importante.

Se efectúa la cateterización del trayecto fistuloso, introduciéndose con extrema facilidad una sonda Nelaton, que da salida a bilis límpida, sin caracteres de infección.

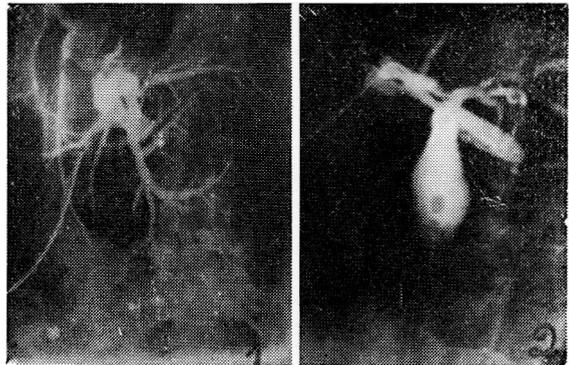
En los días subsiguientes, el drenaje se mantiene en el orden de los 500-600 ml diarios.

La paciente mejora de su ictericia, desapareciendo la coloria y la coloración de piel y mucosas. Persiste la hipocolia. El funcional hepático, que mostraba un tripoide obstructivo, se normaliza rápidamente.

Se le efectúa una fistulografía, y se logran las imágenes que se ven en las figuras 1 y 2. Muestran claramente la sonda que se introduce en el hepático derecho, opacificándose la ramazón hepática especialmente la izquierda, francamente dilatada, y un stop completo a nivel del colédoco.

En la otra fistulografía, se ha opacificado la vesícula, que muestra dos imágenes de falta de relleno, que parecen corresponder a dos cálculos.

En esta segunda R. X. la sonda evidentemente ha entrado más, llegándose aparentemente al hepático izquierdo.



Figs. 1 y 2.—Fistulografías preoperatorias. Se muestra la ramazón hepática, la obstrucción coledociana, la vesícula distendida. La sonda en la segunda fistulografía está en el hepático izquierdo.

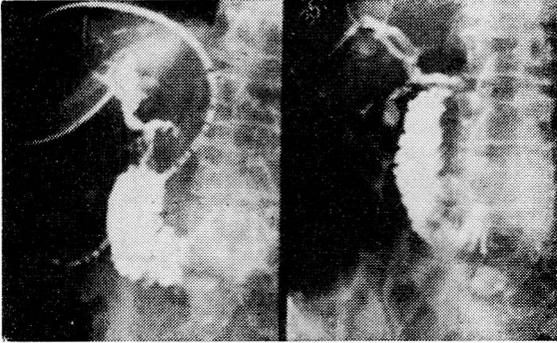


FIG. 3—Fistulografía postoperatoria. Se muestra el excelente funcionamiento de la coledocoduodenostomía. El afinamiento de la vía biliar y de la vesícula.

Una urografía intravenosa mostraba la existencia de ambos riñones, con una ligera deformación de las cavidades derechas.

En esta situación, se planteaba: la causa de la fistula, que evidentemente tenía que ver con su intervención anterior, y la aparición y mantenimiento del drenaje biliar, que sin duda, tenía relación, o fue debida a una obstrucción de su vía biliar principal, como se ve claramente en las fistulografías.

Se resuelve, dada la edad de la paciente, efectuar una derivación biliar interna, con lo que se pensó, al disminuir el gradiente tensional biliar, disminuiría o anularía el flujo por la fistula. En principio, se resolvió efectuar una coledocoduodenostomía.

Debido a la edad de la paciente y a su patología respiratoria, se interviene con anestesia local.

*Intervención:* 12/IX/75. Dres. Cassinelli, Galarraga, Lorenzelli.

Anestesia loco-regional.

Incisión paramediana transrectal derecha.

Una exploración muy somera, muestra un hígado agrandado, una vesícula biliar ligeramente distendida, sin poderse palpar cálculos en su interior. Colédoco dilatado de unos 2.5 cm de diámetro. Páncreas grueso, indurado, con nódulos en toda su extensión, hasta la cola. Impresiona como una pancreatitis crónica, o un neoplasma de cabeza, con una pancreatitis por detrás.

Se efectúa una coledocoduodenostomía laterolateral en un plano, con puntos separados de lino. Al abrir el colédoco, viene barro biliar, con algún microcálculo. Queda una anastomosis amplia, satisfactoria. Se deja un drenaje en cigarrillo subhepático. Tolerancia muy buena de la intervención.

*Evolución postoperatoria.*— Buena evolución. La fistula biliar disminuye francamente su flujo, dejando de mojar al tercer día de operada.

Al décimo día, comienza nuevamente el drenaje biliar por la fistula. Se realiza una fistulografía de control (Fig. 3), que muestra un excelente funcionamiento de la coledocoduodenostomía, con afinamiento de la vía biliar y achicamiento de la vesícula.

Pensando que la persistencia del tubo mantiene la fistula, se retira éste, dejando de mojar la fistula.

La paciente se va de alta al 14º día, con la fistula cerrada.

Reingresa a la guardia a los 18 días, con un colapso profundo, deshidratada, sin drenaje biliar, por la fistula, y fallece a las pocas horas de ingresada.

## COMENTARIO

Se trata de una fistula biliar, de localización muy rara, cuyo origen resulta oscuro.

Presumiblemente, en ocasión de un traumatismo de fosa lumbar, haya habido una lesión hepática, que no se exploró en la intervención. Esta lesión cicatrizó pero al aparecer una hipertensión biliar por efectos de la obstrucción completa coledociana, la bilis buscó salida por el punto débil de la cicatriz, y se abrió camino al exterior por la antigua herida. Al no drenar correctamente, aparece la ictericia, que desaparece con la cateterización de la fistula.

Al disminuir la presión biliar con la coledocoduodenostomía, disminuye y se agota la fistula biliar.

Quedan como puntos oscuros: la causa de la obstrucción coledociana, que no se pudo investigar por los caracteres de la enferma, y la evolución de una presunta herida del hepático derecho, que no se manifestó clínicamente en ningún momento.

## RESUME

### Fistule biliaire par la cicatrice d'une ancienne lombotomie.

Présentation d'un cas de fistule biliaire curieusement localisée au niveau d'une ancienne lombotomie, fait pour traiter un traumatisme hépatique antérieur. Déterminée par une obstruction cholédocienne. Traitée par cholédocoduodénostomie, le malade mourut 18 jours plus tard d'une affection intercurrente.

## SUMMARY

### Biliary fistula through the scar of an old lumbothomy.

The authors describe a case of biliary fistula of unusual location, on the site of an old lumbothomy, probably secondary to an old hepatic traumatism and to a present choledocal obstruction. They describe the treatment through choledoco-duodenostomy, and the evolution of the biliary fistula and of the patient, who died 18 days later due to an intercurrent disease.

## DISCUSION

DR. LORENZO MÉROLA.— Es posible que me correspondan las generales de la ley porque interviene en la conducta terapéutica que se le aplicó a esta enferma. Pensamos, a pesar de que la familia negaba el problema, como dijo el Dr. Cassinelli, que haya sido una herida de arma blanca. Ellos hablaban de un traumatismo cerrado y de una nefrectomía. El estudio de la enferma demostró que no tenía hecha una nefrectomía ni se puede explicar por un traumatismo cerrado una lumbotomía que a los años provoqué una fistula biliar.

Curiosamente ayer, hablando con el Dr. Bercianos, me dice que en las publicaciones del Instituto de Cirugía para Post-graduados en la época que lo dirigía el Prof. Blanco Acevedo, existe un caso parecido: una fístula lumbar, un poco más alta, en la parte baja torácica, consecutiva a una vía de Israel para abordaje de un quiste hidático en la cara superior del hígado. Es decir, es un enfermo que se abordó por toracofrenotomía, se le trató un problema hidatídico en el domo hepático y a los muchos años hizo una fistulización a propósito de un problema biliar. Lo interesante de este caso que nos presenta el Dr. Cassinelli es la persistencia de posibilidad de fístula a través de por lo menos 20 años. Es decir, cómo la bilis a lo largo de 20 años puede canalizar de nuevo un trayecto cicatrizal y exteriorizarse. Curiosamente esta enferma al parecer en el primer momento no había tenido fístula biliar. Eso me parece que hace bastante interesante el caso y la topografía tan curiosa de su fistulización.

DR. WALTER SUIFFET.— Voy a hacer un comentario solamente respecto a la táctica quirúrgica. Desde lue-

go que la paciente tuvo una evolución que se ha comentado y no se pudo necropsiar de manera que no se pudo saber concretamente cuál era la patología original, pero voy a hacer un reparo con respecto a la práctica de la colédoco-duodenostomía sin extirpar la vesícula. En este caso, tal vez dadas las circunstancias, se realizó así, pero es un serio inconveniente mantener la vesícula porque el reflujo que se produce a la vía biliar durante la ingestión que desaparece rápidamente en la posición de pie, como lo hemos podido comprobar, no sucede lo mismo si el reflujo se hace hacia la vía biliar accesoria con las características anatómicas y funcionales del cístico y puede generar complicaciones que acá no se produjeron.

DR. DANIEL CASSINELLI. (Cierra la discusión).— Simplemente decirle al Dr. Suiffet que por supuesto que pensamos en la posibilidad de la colecistectomía a esta enferma pero dados sus 92 años, una enferma operada con anestesia local, una enferma sumamente frágil, decidimos de común acuerdo en el Servicio, hacer solamente eso, lo mínimo indispensable. Nada más.