

# Fístula duodenal. Complicación de drenaje de cavidad hidatídica hepática

Dres. Raúl E. Laviña, Luis Perrone,  
Mario Pamparato y Walter Venturino

Se presenta un caso de equinocosis hidatídica hepática intervenida quirúrgicamente. Procedimiento empleado: evacuación y drenaje al exterior.

En el curso de la evolución postoperatoria alejada sobreviene una fístula duodenal en el trayecto del tubo de drenaje.

Se analiza las características particulares del caso.

*Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS:* Duodenal / Diseases.

## INTRODUCCION

Presentamos un caso, que se inscribe dentro del amplio capítulo de las complicaciones que aparecen en la equinocosis hidatídica hepática tratada quirúrgicamente.

El problema se refiere a una equinocosis hidatídica hepática tratada por evacuación del parásito y drenaje de la cavidad adventicial residual, por medio de una sonda Pezzer.

La complicación surgió en el trayecto determinado por dicha sonda estableciéndose una fístula duodenal en el postoperatorio.

Es bien conocida la variedad de complicaciones que pueden surgir en una equinocosis hidatídica hepática drenada, tanto a nivel de la cavidad residual, como a nivel del trayecto; las primeras son más numerosas y de mayor jerarquía que las segundas.

El presente caso, tiene el interés de que la viscera involucrada fue el duodeno, lo que aparte de las eventuales consecuencias que esto puede tener, debe ser considerado una rareza.

En nuestro medio, Suiffet y Chifflet (2, 3), se han ocupado del tema en diversas publicaciones, comunicando la apertura de un quiste hidatídico de hígado de duodeno. Se trataba de un quiste multivesicular, calcificado. Se procedió a la exéresis de la adventicia calcificada; a los 20 días, al retirar las mechas, se establece una fístula duodenal. En otra publicación, los mencionados autores, comunican la apertura postoperatoria de una viscera digestiva, en un

*Servicio de Cirugía para Postgraduados (Prof. Agdo. L. M. Bosch). Hospital Pasteur.*

quiste hidatídico hepático drenado quirúrgicamente. Cereseto (1), presenta el caso de un quiste hidatídico hepático de la cara inferior y posterior del hígado, drenado al exterior; a los 15 días apareció una fístula duodenal, que cierra con aspiración continua.

## OBSERVACION

M. N. G. de S. Reg. Nº 17.025 del Instituto de Cirugía para Postgraduados. 22 años. Dpto. de Lavalleja. Labores.

Ingreso: 2/7/977. Enviada de policlínica por hepatomegalia.

Comienza 6 meses antes del ingreso en buen estado de salud, con dolor en hipocondrio derecho; distensión abdominal progresiva sin otros elementos a destacar en la historia funcional, excepción hecha de una dispepsia hiposténica de larga data.

Antecedentes ambientales de Hidatidosis.

*Examen físico:* Abdomen asimétrico a expensas de una tumefacción de región tóraco-abdominal derecha. Gran hepatomegalia lisa, regular.

*Exámenes complementarios:* Eosinofilia sanguínea de 1 %; inmunología hidatídica (inmunolectroforesis): hay tres arcos; no aparece el 5. Rx. de tórax: hemidiafragma derecho elevado. Enfoque de hipocondrio derecho: hepatomegalia. Resto normal. Gastroduodeno y Colecistografía: Normales.

*Impresión clínica:* Equinocosis hidatídica hepática, no complicada.

*Operación:* Incisión transversa de hipocondrio derecho y epigastrio. Gran quiste hidatídico hepático de lóbulo derecho clásico y parte lateral del izquierdo; se exterioriza en cara inferior de hígado donde existen importantes adherencias a estómago y duodeno. Hipertrofia de lóbulo izquierdo clásico.

Quistotomía (3.700 lts.): quiste hialino cristal de roca. No hay evidencia de comunicaciones con la vía biliar. Adventicia delgada no correosa, ni calcificada.

Limpieza cuidadosa. Quistotomía con sonda Pezzer.

*EVOLUCION.* — Buena evolución postoperatoria inmediata. A las 48 horas: apirética, abdomen libre, expulsa gases. Por el tubo de quistostomía drena escasa cantidad de líquido seropurulento, sin bilis.

Alta a los 7 días de la operación con buen estado general; el tubo drena 5 a 10 ml. por día de líquido, con iguales características a las ya citadas.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay, el 1º de agosto de 1979.

Residentes de Cirugía, Médico Auxiliar y Cirujano Adjunto.

Dirección: Av. San Martín 3100, Montevideo (Dr. R. Laviña).

8/11/1977. — Cuatro meses después, drena 10 ml. por día de líquido bilio-purulento.

*Primera fistulografía:* Rellena vesícula y vía biliar principal.

10/1/1978. — Seis meses después continúa drenando la misma cantidad por día con líquido bilio-purulento.

*Segunda fistulografía:* Igual que la anterior, pero menor tamaño de cavidad residual.

11/5/1978. — Diez meses después concurre a policlínica porque desde hace diez días comienza a drenar mayor cantidad que lo habitual, reconociendo restos de alimentos.

14/5/1978. — *Tercera Fistulografía:* Muestra fistula duodenal. El tubo de drenaje se halla colocado entre primera y segunda porción de Duodeno. La sustancia de contraste rellena estómago y Duodeno.

23/5/1978. — El gasto de la fistula es bajo. Se retira sonda Pezzer y se coloca en su lugar una sonda Nelaton.

27/5/1978. — Se retira sonda Nelaton.

9/6/1978. — Examen clínico: normal. Gastroduodeno: Normal. Alta.

## COMENTARIOS

De esta observación se destacan varios hechos:

—El drenaje empleado fue de los que se usan frecuentemente en el tratamiento quirúrgico de la equinocosis hidatídica hepática.

—Como ocurre habitualmente, fue un drenaje prolongado; en estos casos cabe esperar, esporádicamente, alguna complicación.

—Lo que ocurrió en el Duodeno de nuestra paciente, puede suceder en otros pacientes, a nivel de colon, vesícula biliar y estómago.

—La fistula duodenal se instaló a los 10 meses.

—Se trata de una fistula duodenal de bajo gasto, que no alteró la nutrición de la paciente, ni la piel.

—Como corolario de ello, la solución fue simple; la fistula cerró al retirar el drenaje. La paciente no muestra hasta el momento ningún tipo de complicaciones o secuelas atribuibles a la fistula.

—Finalmente la enfermedad que originó esta complicación, la Equinocosis hidatídica hepática, ha tenido evolución satisfactoria.

## RESUME

### Fistule duodénale. Complication du drainage d'une cavité hydatique hépatique

On présente un cas d'échinococose hydatique hépatique soumise à une intervention chirurgicale. Procédé employé: évacuation et drainage vers l'extérieur. Au cours de l'évolution postopératoire éloignée survient une fistule duodénale dans le trajet du tube de drainage. On analyse les caractéristiques particulières du cas.

## SUMMARY

### Duodenal Fistula. Drainage Complication of Hepatic Hydatid Cavity

Report of the case of a patient carrying hepatic hydatid echinococcosis. Surgery involved evacuation and external drainage. However, during distant postoperative evolution there developed a duodenal fistula along the path of drainage tube.

The case is discussed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. CERESETO PL. Once distintas complicaciones de la equinocosis hepática. Complicación duodenal. *Arch Int Hidat*, 11: 393, 1966.
2. CHIFFLET A. SUIFFET W. Quiste Hidático abierto en vías digestivas. *Arch Uru Med Cir Espec*, 2: 392, 1943.
3. SUIFFET W. Consideraciones terapéuticas de los quistes hidáticos de hígado abiertos en vías digestivas. *An Fac Med Montevideo*, 31: 409, 1946.

## DISCUSION

DR. SUIFFET.—La observación presentada es muy interesante porque agrega a la casuística un caso más de esta patología. El autor citaba una de las comunicaciones que hicimos con el Prof. Chifflet. Recuerdo que esa comunicación fue motivada por un caso que el Prof. Chifflet trajo a consulta a la Sociedad de Cirugía. Un paciente que había recibido del Interior tenía una hidatidemesis importante, con expulsión en los vómitos de vesículas hijas. La equinocosis hidatídica localizada en el lóbulo izquierdo, abierta en el estómago, fue el motivo de esta comunicación. Con motivo de esto seguimos pesquizando observaciones y juntamos varias. Lo importante es que esa comunicación debe tener 30 ó 35 años y nosotros posteriormente no hemos observado más. Esto es muy importante, porque demuestra que intervenida en etapas iniciales, se obviará la posibilidad de una complicación que siempre traduce un contacto y una adherencia previa entre el elemento hidatídico y las vísceras.

El caso presentado tenía una equinocosis hidatídica hialina, sin evidencia de que existiese alguna vinculación entre la víscera involucrada y la equinocosis. Transcurrió un tiempo hasta que se produjo la evidencia, una comunicación de la cavidad con el duodeno. En un estudio contrastado de la cavidad residual, se observó el relleno de la vía biliar, pero no había conexión entre la cavidad y el duodeno. Apareció ésta después de varios meses. El estudio contrastado que tuvimos oportunidad de ver, muestra el relleno de la sonda, pero no el de la cavidad y el relleno del duodeno y del estómago.

La inquietud de saber si es una comunicación de la cavidad hidatídica adventicial residual que se produjo secundariamente por esfoliación de una adventicia intimamente adherida al duodeno o si la persistencia de la sonda de Pezzer en contacto con el duodeno, puede haber generado una necrosis y la producción de una fistula. De cualquiera manera es una interesante observación que demuestra los problemas que puede crear la evolución postoperatoria de la equinocosis hidatídica hepática.

DR. LAVIÑA.—Agradezco los comentarios vertidos por el Dr. Suiffet.