

Fístula Biliar Externa Espontánea

Dres. Alberto Piñeyro, José L. Rodríguez, Osvaldo Rocha y Miguel Estevan

Se presenta un caso de fístula biliar externa espontánea con orificio parietal a nivel del epigastrio.

Se señala lo excepcional en la actualidad de esta complicación de la litiasis vesicular y se hace una breve revisión histórica del tema.

Desde que la colecistectomía fue aceptada como el tratamiento de elección de la litiasis vesicular, las fístulas biliares externas espontáneas son excepcionales.

Sin embargo en el siglo pasado fueron motivo frecuente de publicaciones.

Thilesus en 1670 comunica el primer caso de fístula biliar por perforación de un cálculo biliar a través de la pared abdominal.

En 1890 Courvoisier reúne 169 casos.

En 1896 Naunyn presenta 384 fístulas biliares espontáneas de las cuales 184 eran externas, si bien todos los casos no tuvieron confirmación autopsica o quirúrgica.

Henry y Orr en 1949 recopilan los casos publicados entre 1890-1949 reuniendo 37 casos, siendo uno de ellos el primer caso publicado en el Uruguay por el Dr. Armando Peirano Scarpa en 1945; tratándose de un paciente de 52 años que fue intervenido en el Hospital Pasteur por el Dr. Lorenzo y Losada.

Las fístulas biliares externas espontáneas se desarrollan teniendo como factor predisponente la íntima adherencia de una vesícula generalmente litiasica a la pared anterior como consecuencia de un proceso vesicular inflamatorio. El contenido vesicular se labra un trayecto en la pared abdominal hacia el exterior.

Por lo general es el fondo vesicular el que interviene en el proceso, en otras ocasiones se forma un absceso perivesicular el que se perfora en la pared abdominal.

El orificio parietal de la fístula se encuentra frecuentemente a nivel del hipocondrio derecho o en las vecindades del ombligo, por la facilidad que le presta el ligamento falciforme. Pero se han descrito orificios parietales a nivel del epigastrio fosa iliaca derecha y aún en el muslo derecho.

Presentado en la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 11 de noviembre de 1981.

Asistente de Clínica Quirúrgica. Interno del M.S.P. y Facultad de Medicina. Postgrado de Radiología.

Dirección. Ibicuy 1116, Montevideo (Dr. A. Piñeyro)

Trabajo de la Clínica Quirúrgica "B" Director Prof. Dr. Jorge C. Pradines.

El diagnóstico clínico resulta evidente cuando, producida la perforación se evacúan al exterior bilis o cálculos. Pero esto no es lo corriente y a veces solo la fistulografía o el acto quirúrgico revelan el origen del proceso.

CASO CLINICO

El caso que traemos hoy a la Sociedad de Cirugía se trata de un paciente de 89 años, J.S., No. Reg. 307.838 que desde hace 1 año, nota a nivel del epigastrio un trayecto fistuloso que da salida a material purulento, habiendo aumentado notoriamente su gasto durante el último mes. Tanto el paciente como sus familiares negaron la expulsión de bilis o cálculos. El examen físico mostraba un paciente de buen estado general y a nivel del epigastrio un orificio de 3-5mm daba salida a material purulento abundante. Se logró cateterizar dicho orificio con una sonda Nélaton No. 8, recorriendo la misma un trayecto de unos 10-12mms. Se llevó a Radiología y el estudio de la fistulografía mostró claramente una colangiografía rellenándose primero una cavidad de aspecto anfractuoso y luego la V.B.P. (Fig. 1)

A pesar de la edad del paciente, considerando su buen estado general y el aumento constante de la supuración parietal que obligaba a reiteradas curaciones diarias, se decidió intervenir al paciente.

Se abordó por una incisión transversa de hipocondrio derecho. Al llegar a la cara posterior del recto anterior se individualizó una cavidad a nivel parietal que contenía pus y dos cálculos medianos. Este proceso comunicaba hacia la cavidad peritoneal con una vesícula biliar pequeña que contenía otros dos cálculos similares, uno de los cuales obstruía considerablemente el cístico. Se evacuó el contenido vesicular y se dejó una sonda Pezzer fina.

La evolución postoperatoria fue buena, la colecistocolangiografía mostró V.B.P. sin cálculos y con pasaje fácil al duodeno (Fig. 2). Al cabo de 25 días se cerró el trayecto fistuloso y el estudio anatómico-patológico de una biopsia de la pared vesicular no mostró elementos de malignidad.

SUMMARY

Spontaneous External Biliary Fistula

The authors present a case of external biliary fistula with a parietal opening at the epigastrium.

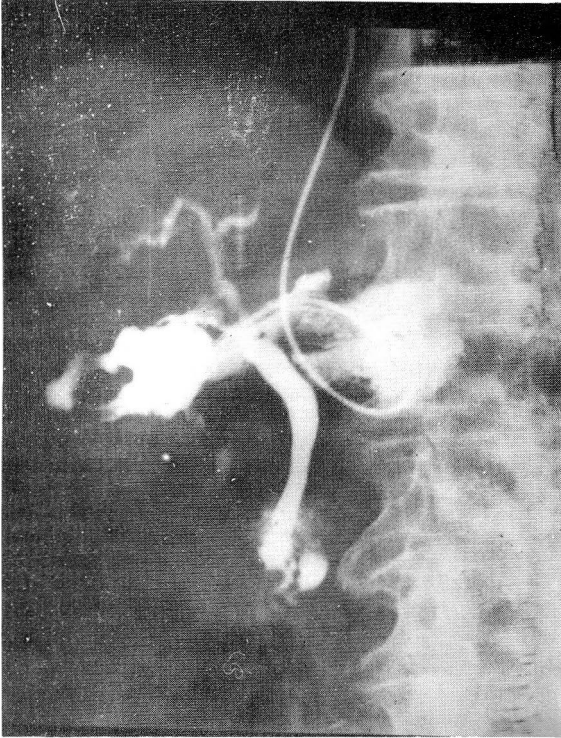


Fig. 1 - Fistulografía que muestra el relleno de una cavidad anfractuosa y luego de la vía biliar principal.

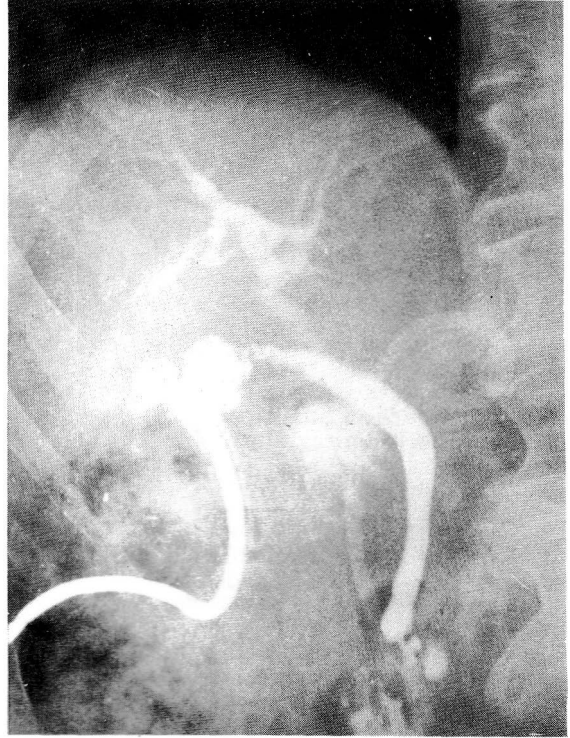


Fig. 2 - Colecistocolangiografía que muestra vía biliar sin cálculos y con pasaje a duodeno.

The rarity of this complication of gall bladder lithiasis at the present time is emphasized.

A brief historical review is made on the subject.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BOCKUS H.: Gastroenterología. Salvat Editores. Barcelona, 1968.
2. HENRY C., ORR T.: Spontaneous external biliary fistulas. *Surgery* 26: 641, 1949.
3. PEIRANO SCARPA, A. Sobre un caso de fístula biliar espontánea. *Arch. Urug. Med. y Cir.* 26: 575, 1945.
4. ROSASCO O., OGHY A.: Fístula biliar con absceso paraumbilical por colecistitis calculosa empiématica. *Prensa méd. Arg.* 45/44: 3495, 1958.
5. VERDECCHIA J., CERVINI O.: Fístula biliar externa. *Prensa Méd. Arg.* 59: 1108, 1972.