

CASOS CLINICOS

Fístula cutáneo-bilio-renal post-traumática

Dres. Carlos Pressa, Fabio Croci,
Gustavo Dos Santos, Gonzalo Maquieira
y Susana García Ruiz.

Los autores presentan un caso de fístula bilio-reno-cutánea instalada post-herida de arma de fuego abdominal a nivel del hipocondrio derecho, con lesión hepática y renal. Se discute su patogenia y sus aspectos terapéuticos. Se destaca su excepcionalidad.

*Clinica Quirúrgica "A" (Director Prof. Dr. A. Aguiar).
Hospital de Clínicas. Fac. de Medicina. Montevideo.*

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Wounds, Gunshot / Fistula.

SUMMARY: Post traumatic cutaneous-biliary-renal fistula.

Authors present a case of a fistula occurring as a consequence of shot in the stomach at the level of the right hypochondrium, with liver and renal lesion.

Authors discuss its pathogenesis and related therapeutic aspects.

Stress is laid on the exceptional character of same.

RÉSUMÉ: Fistule cutanée bilio-rénale post-traumatique.

Les auteurs présentent un cas de fistule bilio-rénale cutanée qui s'est présentée à cause d'une blessure d'arme à feu abdominale au niveau de l'hypocondre droit, avec lésion hépatique et rénale. On discute sa pathogénie et ses aspects thérapeutiques. On remarque son caractère exceptionnel.

INTRODUCCION

Las lesiones complejas intraabdominales determinadas por herida de bala han continuado aumentando su frecuencia. Dentro de las lesiones viscerales, las de viscera maciza mantienen una elevada morbimortalidad, siendo de relativa incidencia la asociación lesional hepática y renal a derecha.

La presente comunicación tiene por objeto mostrar una complicación evolutiva poco frecuente como es la fístula reno-biliar, exteriorizada a través de un drenaje peritoneal.

CASO CLINICO

V.B.M.R. - H de C - N° Reg. 514.472 - Hombre - 40 años - Raza Blanca. Ingreso: 3/10/83.

El paciente el 1/10/83 sufre herida de bala abdominal, ingresando de urgencia en una Mutualista (Casa de Galicia) donde se comprueba un enfermo con shock hipovolémico secundario a herida por arma de fuego en HCD, con orificio de entrada en pared anterior y trayecto aparentemente antero-posterior. Anemia aguda franca. Se repone inmediatamente y se decide su intervención. El balance lesional muestra hemoperitoneo masivo de 4.000 cc, herida penetrante en cara anterior de lóbulo derecho hepático con desgarramiento de salida por cara inferior, a través del cual sangra profusamente una rama arterial intrahepática, perforación del retroperitoneo con sangrado del polo superior renal. Se realiza ligadura de la arteria intrahepática sangrante, mechado del desgarramiento, hemostasis renal y drenaje subhepático. En el intraoperatorio recibe una reposición de 4.000 cc de

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 8 de agosto de 1984.

Asistente y Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Médico Auxiliar, Proesor Agregado de Clínica Quirúrgica, Médico Radiólogo.

Dirección: Yaguarón 1581 apto. 302, Montevideo (Dr. F. Croci).

sangre y 2.000 cc de suero. En total con la reanimación preoperatoria recibió 6.500 cc de sangre y 4.000 cc de suero. En el postoperatorio ingresa a Unidad de Cuidados Intensivos aceptablemente perfundido, dolorido, ventilado, con hematuria franca. La evolución en las horas siguientes fue buena con estabilidad hemodinámica y buena paraclínica, lo que permite la extubación. A partir de las 24 horas disminuye progresivamente la hematuria. El 3/10/83 se efectúa urografía intravenosa para descartar lesión canalicular, la cual muestra un nefrograma completo sin aparentes fugas de contraste (Fig. 1). El 7/10/83 desaparece la hematuria. En todos estos días el drenaje por el subhepático fue negativo. El 12/10/83 el drenaje se positiviza dando 50 cc de líquido serosanguinoliento. Se comienza a extraer progresivamente la mecha. El 17/10/83 comienza a dar un líquido bilioso y se realiza fistulografía que muestra una cavidad intermedia con vinculación biliar. El 20/10/83 se termina de retirar la mecha y el tubo subhepático da 100 cc de líquido bilioso, drenaje que va en aumento llegando el 31/10/83 a 350 cc de líquido de iguales características. Se procede a colocar una sonda Foley en el trayecto del drenaje y se comienza con lavados de la cavidad intermedia. Bruscamente el líquido se torna amarillo más claro y con sedimento, aumentando su volumen a 700 cc/24 horas. Paralelamente la orina del enfermo presenta las mismas características. La fistulografía realizada en ese momento muestra una comunicación de la vía biliar accesoria con la pelvis renal, a nivel del cáliz superior (Fig. 2). Se continúa con lavados y finalmente el 14/12/83 cierra la fistula. El estudio bacteriológico de la orina muestra una infección polimicrobiana. El mismo cultivo se obtiene de la fistula. La evolución posterior mostró la desaparición de la patología y los estudios siguientes fueron normales.



Fig. 1. Urografía de excreción postoperatoria inmediata. No se evidencian fugas de contraste a nivel renal derecho.



Fig. 2. Fistulografía mostrando comunicación bilio-calicial. VB: vesícula biliar, B: bacinete, C: Cístico, CI: cavidad intermedia, CS: cáliz superior.

COMENTARIO

Las heridas penetrantes del riñon y del árbol urinario alto presentan una frecuencia muy variable según las series. En algunas se presentan cifras muy elevadas, del 19% al 29%^(10, 13), mientras otras muestran cifras bajas, 2.2% a 5%^(3, 4, 8, 11). Según Cass⁽³⁾ en 1.222 lesiones renales sólo un 4% son heridas penetrantes y de ellas el 75% por herida de bala, remarcándose la importancia de las lesiones asociadas (75%) y de ellas el 49% son intraabdominales. Entre las mismas un 15% son heridas hepáticas asociadas. En ninguno de los casos ocurrió una comunicación bilio-renal.

En general, la herida penetrante, sea por sí misma, sea por las lesiones intraabdominales concomitantes, exige una conducta mucho más agresiva que en las lesiones cerradas^(1, 7, 12). Sin embargo, en cualquier situación la Tomografía Axial Computarizada sería el mejor método de estudio de los traumas renales y de la patología

asociada⁽¹⁰⁾. Esto permite que un 30% de las heridas penetrantes no sean exploradas quirúrgicamente de manera electiva. La tasa de nefrectomías aumenta con la entidad de las lesiones asociadas^(3, 4) y se remarca que las lesiones importantes polares se resuelven mejor con la nefrectomía parcial⁽¹⁰⁾.

El diagnóstico intraoperatorio de la lesión canalicular no suele ser fácil. La presencia de un hematoma retroperitoneal lo dificulta. Puede ser útil la inyección intravenosa de índigo-carmin para teñir la orina⁽⁵⁾.

En la presente situación se optó por el tratamiento conservador de la lesión renal y esto es seguramente una de las causas que explican la instalación posterior de la fístula bilio-renal, o mejor dicho bilio-calicial. Asimismo, la onda expansiva del proyectil puede determinar una lesión pielo-ureteral⁽⁴⁾ cuyo mecanismo se pone en marcha secundariamente⁽²⁾. El otro mecanismo potencial en juego a plantear sería la acción erosiva del tubo de drenaje, siendo este el que condujo la fístula hacia el exterior.

Las fístulas urinarias post-traumáticas constituyen una rareza⁽⁶⁻⁹⁾. Las fístulas bilio-caliciales son aún más raras. La profilaxis de las mismas seguramente reside en una conducta resecionista respecto al polo renal lesionado.

El tratamiento conservador una vez instalada tiene el inconveniente del largo tiempo de internación y de la infección urinaria subsecuente, pero

podría estar justificado por las posibilidades de éxito como en este caso. Su condición fundamental es que la vía urinaria se encuentre expedita.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BONAVIDA PAEZ L. — Fístulas Urinarias. En: Hues F.A. & Schenone H. - Urología Práctica. Buenos Aires, Intermédica, 1971, p. 779.
2. BRIGHT T.C. III, PETERS P.C. — Ureteral injuries due to external violence: 10 years' experience with 59 cases. *J. Trauma*. 17: 616, 1977.
3. CASS A.S. — Immediate radiologic and surgical management of renal injuries. *J. Trauma*. 22: 361, 1982.
4. CASS A.S. — Ureteral contusion with gunshot wounds. *J. Trauma*. 24: 59, 1984.
5. CASTIGLIONI J.C., CUNEO R, BERGALLI L.E., SOTO J.P., SACCONI R. — Heridas de uréter. *Cir. Urug.* 44: 60, 1974.
6. CIBERT J., REVOL M. — Les lésions traumatiques de l'uretère. Paris, Masson, 1959.
7. FAURE G. — Traumatismes fermés de rein et d'uretère. *Encycl. méd. chir.*, Paris, 18159 A10, 12-1974.
8. FORSYTHE W.E., PERISKY L. — Comparison of ureteral and renal injuries. *Am. J. Surg.* 97: 558, 1959.
9. MARION G. — Traite d'Urologie. Paris, Masson, 1940.
10. Mc ANINCH J.W., CARROLL P.R. — Renal trauma: Kidney preservation through improved vascular control. A referred approach. *J. Trauma* 22: 285, 1982.
11. PITTS J.C. III, PETERSEN N.E. — Penetrating injuries of the ureter. *J. Trauma* 21: 978, 1981.
12. SCHENONE H. — Traumatismos del Riñón. Congreso Uruguayo de Cirugía, 7º, 1: 215, 1956.
13. WHITNEY R.F., PETERSEN N.E. — Penetrating renal injuries. *Urology* 7: 7, 1976.