

Fístula reno-duodenal

Una rara presentación clínica

Dres. Roberto Estrugo, Luis Ruso,
Gustavo De Simone y Héctor Schenone.

Se presenta un caso de fístula pielo-duodenal espontánea, que determinó un síndrome de estenosis gastro-duodenal. Se analiza brevemente la literatura, destacando aspectos etiológicos, clínicos y radiológicos de la afección. Se discuten las diferentes posibilidades terapéuticas, insistiendo en evitar la nefrectomía con riñón funcionando; se propone el cierre primario del orificio duodenal sin derivación externa y se concluye que la gastroenteroanastomosis es un procedimiento que favorece el cierre espontáneo, en aquellos casos que resulta imposible el tratamiento directo de la fístula.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
DUODENUM / KIDNEY / FISTULA.

SUMMARY: Reno duodenal fistula. A rare clinical presentation.

A case of spontaneous pyeloduodenal fistula, that provoked a gastroduodenal stenosis syndrome, is presented. A brief review of bibliography, pointing out, ethiological, clinical and radiological aspects of this disease is done. Therapeutic possibilities are discussed, stressing in avoid nephrectomy of a functionant kidney. The primary closure of the duodenal orifice without external drainage is advocated. In those cases that fistula's direct treatment is not possible, gastroenterostomy favors spontaneous closure, is concluded.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 18 de junio de 1986.

Cirujano, Residente de Cirugía, Endoscopista, Jefe del Depto. de Urología.

Dirección: Avda. Gral. Rivera 5716 (Dr. Estrugo).

Dptos. de Cirugía y Urología del CASMU.

RÉSUMÉ: Fistule renoduodenale. Une présentation clinique rare.

Il s'agit d'un cas de fistule pyélooduodénale spontanée, que a déterminé un syndrome de sténose gastroduodénale. On analyse brièvement la littérature, en soulignant les aspects étiologiques, cliniques et radiologiques de l'affection. Les différentes possibilités thérapeutiques son discutées: on souligne l'importance d'éviter la néfrectomie d'un rein fonctionnant; on propose la fermeture primaire de l'orifice duodénale, sans dérivation externe. On conclut que la gastro-entéroanastomose est un procédé qui favorise la fermeture spontanée, dans les cas ou le traitement de la fistule devient impossible.

INTRODUCCION

Las fistulas uro-digestivas altas, que comunican las estructuras pielocaliciales con un segmento cualquiera del tubo digestivo, son una verdadera rareza clínica^(1, 4, 6). Las más frecuentes son las fistulas reno-cólicas⁽⁶⁾, mientras que las pielo-duodenales son de menor incidencia^(1, 6).

El primer caso publicado se atribuye a Campaignac en 1839⁽³⁾, en nuestro medio se localiza una sola comunicación sobre el tema⁽⁵⁾.

Se presenta un caso de fístula pielo-duodenal derecha y una breve revisión de la literatura, como aporte a la experiencia quirúrgica nacional.

CASUISTICA

M.A.F. CASMU Reg. 265.259. 73 años, sexo femenino, con antecedentes de infarto de miocardio, portadora de dispepsia

mixta desde hace 25 años, con intensificación de su sufrimiento de hemivientre superior en los últimos meses, cólicos hepáticos y epigastralgias con irradiación en barra. Ingresó (28/2/1983) con un cuadro agudo de abdomen, que se interpretó como cólico hepático con gran intolerancia digestiva. Control en policlínica: persiste con vómitos intermitentes. Gran repercusión general; anorexia y adelgazamiento de 20 kg en tres meses.

Reingresa (1/5/83). Adelgazada, deshidratada, dolorida, piel y mucosas hipocoloreadas. Abdomen: indoloro, clapoteo epigástrico, desplazamiento del Traube. Tumefacción firme y redondeada de H. Der. a la palpación profunda que no se moviliza con la respiración. *Fibrogastroscopia*: Gastritis crónica superficial proximal de mediana intensidad, retención gástrica. *Ecografía abdominal*: Signos directos e indirectos de litiasis vesicular sin ver el saco vesicular, probable colecistitis escleroatrófica. Múltiples imágenes litiasicas a nivel de riñón derecho.

Operación: (6/5/83). Transversa de hipocondrio derecho. Vesícula escleroatrófica con cálculos múltiples medianos y pequeños. Cístico de gruesas paredes. Gran tumoración a topografía renal der. Colecistectomía colangiografía i/o: normal.

Postoperatorio de colecistectomía (18 día), náuseas, vómitos repetidos, abundantes que configuran un síndrome de estenosis gastroduodenal. Infección urinaria en curso. Urocultivo: más de 100.000 colonias *Escherichia Coli*. Se comienza alimentación parenteral.

Esófagogastroduodeno: con bario diluido. Estómago estésico hipotónico sin lesiones. Bulbo duodenal grande, a pesar de las maniobras realizadas no se logró pasaje de contraste a D2. *Fibrogastroduodenoscopia*: (27/5/83). Estómago dilatado, retención tipo biliar, 150 cc. Píloro regular y permeable. Bulbo regular y permeable. A nivel de 2a porción duodenal (a 8 cm del píloro) estenosis circunferencial, impresiona de tipo inflamatoria, al biopsiar llamó la atención el drenaje de un líquido amarillento de etiología desconocida.

Anat. Patol.: Mucosa antral y duodenal con intensa infiltración linfocitaria del corion y áreas de ulceración superficial.

U.E.: Riñón izquierdo: evacuación normal. A nivel del riñón derecho, se visualizan imágenes litiasicas pielo-calicales. En borde inferior de la pelvis renal se observa una imagen yuxtaretral, lineal, en continuidad con el sector distal de la primera porción de duodeno, que se rellena simultáneamente.

Operación: (3/6/83). Transversal sobre cicatriz anterior. Duodeno dilatado y firmemente adherido a cara inferior de hígado y a gran tumoración renal. Se decide realizar una gastro-yunostomía transmesocolónica a cara posterior gástrica.

Evolución: Buena, alta el 20/6/83. Aumenta 10 kg de peso en las semanas siguientes. Seis meses después acidez epigástrica que mejoró con tratamiento médico.

COMENTARIOS

La revisión de la literatura reciente, permite conocer algunas constantes etiológicas clínicas y radiológicas de sumo interés.

En las fístulas reno-duodenales (FRD) la comunicación se establece habitualmente entre la pelvis renal y la primera o segunda porción de duodeno⁽³⁾ y se describen —en su gran mayoría— para el riñón derecho^(6, 7). Son únicas, o múltiples, incluyendo otras vísceras; de preferencia colon⁽⁷⁾ e incluso pueden coexistir simultáneamente con fístulas ureterales bajas⁽⁵⁾. Las FRD, predominan en un 70% en el sexo femenino⁽⁷⁾.

Esta afección responde a dos grandes grupos etiológicos fístulas de causa urinaria; y de origen digestivo.

1) *De causa urinaria*. La tuberculosis, que dio origen a la descripción de los primeros casos de FRD, actualmente, ha descendido notoriamente su incidencia^(4, 6), dejando paso a las pionefrosis de causa litiasica, que dan origen a fístulas reno-cólicas y renoduodenales; como se observa en nuestro caso.

Las perinefritis secundarias a tumores renales^(6, 7) que comprimen el parénquima y la vía excretora, la hidatidosis renal supurada⁽³⁾, los traumatismos y la iatrogenia quirúrgica, pueden ser causa de FRD^(3, 6).

2) *Las fístulas de origen digestivo*: son menos frecuentes. Por apertura en la pelvis renal, de una úlcera perforada de bulbo duodenal⁽³⁾ o un cuerpo extraño que perfora duodeno⁽⁶⁾.

La patología digestiva, diverticular o neoplásica, es en general responsable de fistulizaciones urétero o vésico-digestivas, que son más frecuentes que las reno-duodenales⁽²⁾.

No existe una sintomatología característica de las FRD, y su expresión clínica es muy variable^(1, 3, 6).

Inversamente a su origen; los signos digestivos como en este caso dominan el cuadro, predominando francamente sobre la signología urinaria⁽⁷⁾.

Las náuseas y vómitos son una constante^(2, 3, 4, 6); el dolor abdominal^(6, 7) de intensidad y topografía variable, suele localizarse en el sector supraumbilical y/o en flanco derecho⁽⁶⁾ o como una lumbalgia atípica⁽⁷⁾.

En nuestra paciente el proceso inflamatorio duodenal, determinó un síndrome de estenosis gastroduodenal clínico y radiológico en la zona de la fístula. Esta forma de presentación de una FDR, no la encontramos mencionada en las series analizadas.

El examen físico suele evidenciar una tumoración^(2, 7) o empastamiento de flanco o hemivientre derecho; generalmente dolorosa, incluso con defensa parietal⁽⁶⁾, menos frecuentes son las alteraciones del tránsito bajo, como diarreas o síndrome sub-oclusivo⁽⁶⁾.

La existencia de infección urinaria asociada, orienta el diagnóstico, hacia una patología que afecta los polos digestivo y urinario^(4, 6) el hallazgo, de restos de alimentos en el sedimento urinario, es un signo patognomónico⁽⁴⁾, aunque excepcional, al igual que la neumaturia⁽⁷⁾.

El toque progresivo del estado general, con anemia severa, astenia y anorexia induce a pensar en una patología neoplásica.

No es constante, la existencia de un síndrome toxinfecioso con fiebre y leucocitosis elevada de intensidad variable^(3, 7) incluso puede faltar en las formas decapitadas⁽⁷⁾.

La radiología tiene un rol esencial para el diagnóstico positivo⁽⁶⁾. Se basa en la urografía intravenosa retrógrada e incluso trasparietal^(3, 4, 7) que muestra el pasaje del contraste al duodeno, como se observa en nuestro caso (Fig. 1) a veces simultáneamente; o en forma diferida, por lo que deben realizarse radiografías^(4, 6).

Muy rara es la presencia de pequeñas imágenes hidroaéreas, en las cavidades renales (neumopielograma)⁽⁶⁾, corresponde a fístulas con amplia comunicación pielodigestiva. La fístula en el tránsito baritado gastroduodenal; sólo se observa en un 15% de los casos^(6, 7); lo que permite determinar el grado y topografía de la fístula. En nuestra paciente, el estudio contrastado gastroduodenal, sólo permitió observar una estenosis de segunda porción de duodeno.

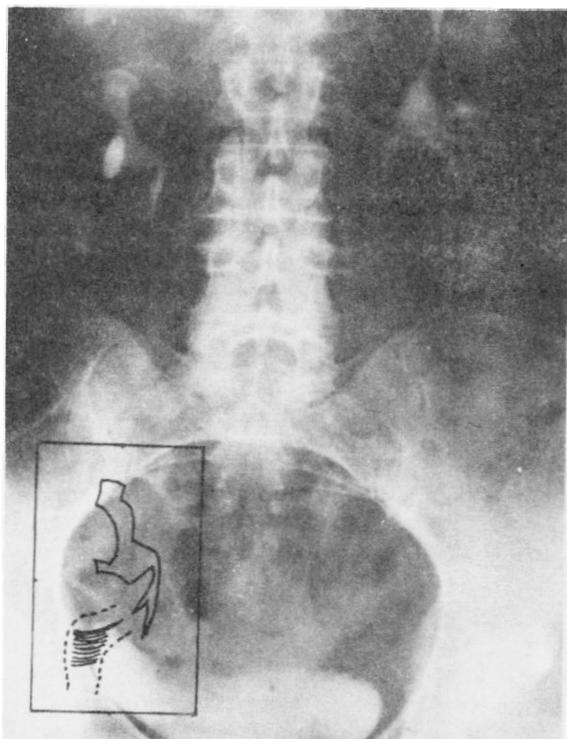


Fig. 1

La fibrogastroscofia, puede visualizar el orificio fistuloso o un corrimiento urinoso o purulento a ese nivel, como en el presente caso.

La ecografía abdominal, no permite ver el trayecto fístulas⁽⁶⁾; pero determina las características y relaciones del proyecto reno-duodenal.

TRATAMIENTO

El tratamiento es esencialmente quirúrgico.

La necesidad de alimentación parenteral preoperatoria, depende del balance entre la tolerancia y permeabilidad digestiva y el grado de deterioro nutricional del enfermo. El abordaje puede realizarse, por vía mediana transperitoneal, o por lumbotomía con o sin apertura de la bolsa peritoneal⁽⁶⁾. La incisión transversa de hipocondrio derecho es también una vía excelente, pues permite un fácil acceso a las estructuras pielo-renales y un rápido y amplio dominio del pedículo renal.

La nefrectomía, no se discute frente a una hidronefrosis supurada y secundariamente fistulizada en duodeno^(4, 6, 7). Más controvertida es la conducta frente a un riñón litiásico, que mantiene cierta capacidad funcional y sobre todo, si el riñón contralateral también es litiásico. En esta situación la conducta debe ser conservadora⁽⁶⁾.

El aspecto intraoperatorio de la fístula y su topografía, son los elementos fundamentales para determinar la conducta a seguir con el polo digestivo⁽⁶⁾. Según los autores analizados^(1, 3, 6, 7) la reparación de la brecha duodenal debe realizarse mediante sutura del orificio fistuloso, previa resección de sus bordes y eventualmente puede protegerse la sutura, con un drenaje externo con sonda de Petzer o una derivación gastro-yeyunal^(4, 7). No coincidimos con los autores en cuanto al manejo de esta situación. Consideramos innecesario el drenaje externo (duodenostomía) por el riesgo de permeación alrededor del tubo y eventual peritonitis o fístula duodeno cutánea. Debe controlarse la sutura duodenal, mediante un drenaje en la vecindad de latex o Penrose y reposo digestivo; suspensión de la vía oral y aspiración por sonda naso-gástrica.

En casos como el presente, en que la edad y las condiciones generales del enfermo, impiden la resección total de la fístula; creemos que la simple derivación gastro-entérica, favorece el cierre espontáneo de la misma, como lo demuestra la evolución alejada (3 años) de nuestra paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BATCH A.J., AMERY A.H., REDDY E.R. — Pyeloduodenal fistula: a case report and review of the literature. *Br. J. Surg.*, 66: 31, 1979.
2. BENOIT G., GAYRAL F., LEPARC J.M., LARRIEUX H. — Un cas de fistule pyeloduodenale. *Ann. Urol.*, 12: 185, 1978.
3. BOURER T., HADJ SALAH H., THAMEUR H., MESTIRI S. — Fistule reno-duodenale par kyste hydatique du rein droit. *Relation d'une observation. Tunis. Med.*, 56: 63, 1978.
4. CAIX M., CUBERTAFOND P., DESCOTTES B., DUMAS M. — Double fistula renodigestive spontanee. A propos d'une observation. *Sem. Hop. Paris*, 55: 1745, 1979.
5. FOSSATTI A. — Doble perforación pelvi-duodenal y uréteropielica por litiasis plelo-ureteral. *Bol. Soc. Cir., Montevideo*, 6: 136, 1935.
6. PAINEAU J., BRILLOIT H., FAYE R., VISET J. — Fistules reno-digestives. A propos de tres observations. *J. Chir. (Paris)*, 120: 239, 1983.
7. ROBIN M. — Double fistule uro-digestive spontanee: callicolique et pyelo-duodenale drolte: un cas. *J. Urol. Nephrol.* 84: 793, 1978.

COMENTARIOS

Dr. W. SUIFFET: Desde luego que las opiniones surgen de la idea que uno se pueda formar de una situación con una excepcionalidad tal, que nosotros, como dijo el Dr. Perdomo, no teníamos ni siquiera conocimiento de que pudiera existir esta patología.

Pero el Dr. Estrugo lo dijo bien. Se trataba de una intervención paliativa para solucionar un aspecto del problema. Ese aspecto es la estenosis duodenal. En este caso estuvo correctamente indicada, dadas las circunstancias de edad y del proceso de orden general que gravaban en la situación de la enferma.

La gastroyeyunostomía puede tener tres inconvenientes futuros en la paciente. No hacemos la crítica por haberla utilizado en este caso. Ya que se habla de una cosa excepcional, que tal vez se curse toda la vida de los jóvenes que están presentes sin tener oportunidad de volver a verlo, es conveniente tener en cuenta estas posibilidades.

La gastroyeyunostomía, tiene el riesgo de que puede producirse a nivel de la boca anastomótica el úlcus péptico en el asa yeyunal, en una enferma que conserva toda su actividad secretoria normal.

Tiene el riesgo de la penetración de bilis dentro del estómago, con todos los problemas que puede crear la gastritis alcalina en el futuro. Si tiene una estenosis duodenal, ¿qué relación tiene la topografía de la úlcera con la estenosis?

¿Qué futuro puede tener esta paciente? porque el tránsito digestivo no va a seguir fielmente seguramente la boca gastroenterostómica, sino que es posible que pase parte o todo, según la evolución de la estenosis duodenal, pueda pasar a través del duodeno y tal vez sea como dijo el Dr. Amorín, un riesgo de la penetración del contenido alimentario dentro de la pelvis renal enferma.

De manera que como intervención paliativa es correcto, pero sabiendo que hay tres posibilidad de que esta intervención conduzca a una situación inesperada como consecuencia de la presencia de la gastroyeyunostomía. Por eso, desde luego que en este caso estaba indicado, frente a una situación donde el proceso patológico renal, pielo-renal sea de tal magnitud como el que ha sido descrito en esta oportunidad, con una fistula entre las cavidades pielo-calificiales y el duodeno, teniendo en cuenta los riesgos que significa la extirpación y el tratamiento

de la fistula en el sector duodenal. No sé si los presentes han visto pero nosotros hemos visto fistulas duodenales laterales después de la nefrectomía derecha, que es una tremenda y peligrosa situación de muy difícil solución.

En enfermos en mejores condiciones la intervención ideal es la resección gástrica, que lo pone a cubierto de las tres posibles complicaciones evolutivas que puede crear la gastroenterostomía. Hemos tratado estenosis post-bulbares del duodeno, supravaterianas, debido a úlcus duodenal realizando la gastrectomía subtotal 75% la estenosis duodenal tratada por gastroyeyunostomía puede dar lugar a riesgos en la evolución futura de la enfermedad.

Reitero de nuevo al comunicante que esto no es una observación a la táctica que él utilizó, dadas las circunstancias de la paciente, pero si la paciente hubiera tenido la misma patología, y hubiera tenido 20 años menos y no hubiera tenido ninguna tara orgánica, la intervención ideal hubiera sido la resección gástrica. De cualquier manera es muy interesante el conocimiento de esta patología.

Dr. R. PERDOMO : Me agradó mucho la presentación que ha hecho el Dr. Estrugo y lo felicito por ella y por los resultados que ha tenido en esta enferma, usando un procedimiento paliativo como ha dicho él, de drenaje por gastroyeyunostomía.

En realidad es interesante pensar un poco en esta afección que es tan extraña, tan poco frecuente. Cuando él me hizo la consulta en el Sanatorio del CASMU, venía dispuesto con el urólogo para hacer una gran operación, de nefrectomía y cierre del duodeno. En realidad me pareció, sin tener en eso experiencia, (porque naturalmente nunca habla visto un caso parecido) que la situación era similar a la del ileo biliar, que hay que solucionar el problema de la oclusión y luego ver que queda por hacer, según la evolución. Entendí que la enferma a los 78 años debía ser tratada conservadoramente y que teníamos para tratar como cosa inmediata la estenosis duodenal y que esa estenosis duodenal se solucionaba con una gastroyeyunostomía.

Por lo tanto aconsejé por similitud patológica. Pensé que lo indicado era hacer una derivación y no tocar la zona de la lesión, puesto que ello lo hubiera conducido o embarcado en una gran operación.

Me alegro que las cosas hayan sido así, porque yo realmente en ese momento tenía mis serias dudas de cuál era el verdadero camino a seguir. La similitud de las circunstancias entre las fistulas colecisto-duodenales y reno-duodenales plantea para ambas una misma conducta, porque cuando se ha producido la complicación uno debe al final tratar la complicación en si y a dejar para después la solución del problema de fondo.

Pero evidentemente la evolución ha sido mucho mejor de lo que yo esperaba y no hubo necesidad siquiera de un segundo tiempo. Me alegro por lo tanto de saberlo.

Dr. R. ESTRUGO (cierra la discusión):

Al Dr. Gil le digo que del punto de vista de los exámenes de laboratorio la paciente mostraba una elevación moderada de la azoemia y la creatinemia, que nosotros interpretamos como debidos fundamentalmente a sus trastornos hidroelectrolíticos, secundarios al fenómeno de estenosis gastroduodenal. Mejorada la enferma desde ese punto de vista todo volvió a encauzarse con niveles normales, que nos hicieron descartar la posibilidad de la presencia de una insuficiencia renal. Por otra parte la urografía de excreción mostraba una excelente función del riñón izquierdo, así como función presente en el riñón derecho.

Al Dr. Perdomo le agradecemos su participación, él fue quien nos ayudó a tomar la difícil decisión en el momento de la intervención quirúrgica.

A los Dres. Viola y Amorín les decimos que nosotros pensábamos realizar en el acto operatorio el tratamiento bipolar. Obligados a actuar de necesidad por el síndrome de estenosis gastroduodenal, decidimos abordar la fistula y realizar la nefrectomía por la misma incisión que la colecistectomía realizada 18 días antes.

Entonces la idea era junto con el Dr. Schenone proceder a la nefrectomía y además actuar sobre el polo digestivo, de acuerdo a lo que encontráramos o pudiéramos, porque considerando que íbamos a encontrar todo un proceso esclero-lipomatoso, adherencial, edema, etc., nos hacía incluso temer por la posibilidad de una herida del pedículo renal o de la vena cava inferior.

Con una paciente en malas condiciones generales, con un mal terreno pensamos entonces que lo más adecuado era actuar sobre la vía digestiva, haciendo algo simple, una gastroyeyunostomía, poniendo en reposo toda esa zona más un intenso

tratamiento antibiótico para actuar fundamentalmente sobre la infección urinaria, que ya había mejorado con este tratamiento y en una segunda instancia plantear actuar directamente sobre el sector renal.

Respecto al comentario del Dr. Suiffet después de terminar la intervención quedamos con la duda si no correspondía haber realizado en aquel momento una vagotomía como complemento de la gastroyeyunostomía como protección frente a una eventual úlcera de neoboca.

Respecto a la resección gástrica para solucionar el problema de la estenosis gastroduodenal, pensamos que en esta paciente, con este terreno era una conducta demasiado agresiva. En la literatura revisada no se han realizado gastrectomías, con este fin sino que sólo el cierre del trayecto fistuloso.

Vimos la paciente hace aproximadamente un mes en forma casual (pues había dejado de consultarme) estaba asintomática y había aumentado 20 kg de peso.

Nada más, gracias.