

Fístula bilio-cutánea y doble fístula colecisto-digestiva de un regastrectomizado por cáncer gástrico

*Dres. José Praderi, Eneas Terra,
Angeles Cassinasco, Eduardo Curuchet,
José Palacio y Raúl Praderi.*

Un regastrectomizado por cáncer de muñón gástrico presentó una doble fístula colecisto-colónica precedida de un ileo-biliar y obstrucción por cuerpo extraño intraluminal que fue tratada con parto al colon.

Ulteriormente estableció una fístula colecisto-cutánea por la cual aparecieron cálculos biliares que permitieron hacer el diagnóstico.

Las fístulas biliares dobles son raras y las triples como ésta son excepcionales.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS MOTS CLÉS) MEDLARS: Biliary fistula / Gastrectomy / Stomach neoplasms

SUMMARY: Bilio-Cutaneous fistula and cholecysto-digestive double fistula in a regastrectomized patient due to gastric cancer.

A re-gastrectomized patient because of cancer of the gastric stump presented a cholecysto-colonic double

Clínica Quirúrgica "3" (Director Prof. Dr. Raúl Praderi) Hospital Maciel. Fac. de Medicina. Montevideo.

fistula preceded by a biliar ileus and obstruction by an intraluminal foreign body that was treated with colonic delivery. Later the patient presented a cholecystocutaneous fistula; biliar stones appeared through it, which made diagnosis possible. Double biliar fistulas are uncommon, and triple ones such as this case are exceptional.

RÉSUMÉ: Fistule bilio-cutanée et double fistule cholecysto-digestive chez un regastrectomisé par un cancer gastrique.

Un malade régestrectomisé pour un cancer de moignon gastrique a présenté une double fistule cholecysto-colonique, précédée d'un ileus biliaire et une obstruction par corps étranger intraluminaire traitée par migration au colon.

A la suite, une fistule cholecysto-cutanée s'est établie à travers laquelle des calculs biliaires sont apparus, permettant de faire le diagnostic.

Les fistules biliaires doubles sont rares ainsi que les triples qui sont exceptionnelles.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 19 de agosto de 1987. Ex-asistente, Residente de Cirugía, Profesor de Radiología, Asistente y Profesor de Clínica Quirúrgica.
Dirección: Av. Rivera 2476 (402). Montevideo, C.P. 11.300. (Dr. R. Praderi).

Las fístulas múltiples colecisto-digestivas son raras existiendo pocos casos en la bibliografía nacional y extranjera. La observación que relatamos es aún más rara pues se trataba de una triple fístula.

Entendemos como fístula bilio-digestiva espontánea aquella comunicación no traumática ni quirúrgica de la vía biliar con algún órgano del tubo digestivo; y compleja, por ser y bilio-cutánea. Lo curioso de nuestro caso es que esta triple fístula (colecisto-colónica doble y colecisto-cutánea) asienta en un regastrectomizado por cáncer gástrico de 5 años de evolución y posiblemente tuvo también una fístula colecisto-duodenal sobre el muñón.

CASO CLINICO

M.G. Sexo masculino, 62 años. Antecedentes de gastrectomía 2/3 tipo Billroth II (1973) por ulcus prepilórico cuya anatomía patológica fue informada como lesión benigna. En esta intervención se dejó drenaje en hipocondrio derecho desconociéndose su indicación.

Pasó bien 11 años, hasta que en 1984 es reintervenido por una oclusión de intestino delgado. Se encontró un cuerpo extraño intraluminal en el íleon, que se parió al colon. No se pudo comprobar con exactitud si era un cálculo biliar o un cuerpo vegetal ingerido. Tuvo buena evolución postoperatoria.

En marzo de 1985 a los 11 años de la gastrectomía comienza con trastornos dispépticos por lo cual se le realiza una fibrogastroscopía mostrando una lesión vegetante cercana a la neoboca. Nos hacemos cargo del paciente. Lo opera uno de nosotros (R.P.) realizándole una regastrectomía con reconstrucción del tránsito con asa en Y de Roux. No se explora hipocondrio derecho por estar bloqueado. Evoluciona favorablemente.

Dos años después nos consulta por un absceso en la vieja cicatriz de su drenaje en hipocondrio derecho.

Con anestesia local se amplía el trayecto drenándose gran cantidad de cálculos biliares. Se realiza toma para estudio bacteriológico y se coloca sonda Pezzer. La bacteriología de la fístula cutánea fue informada como Gram- y flora colónica.

Luego se efectúa colangiografía por la sonda Pezzer obteniendo el relleno del colecisto donde hay macrolitiasis múltiple. La radiografía también muestra una fístula colecistocolónica. A través del cístico se rellena la vía biliar principal que está libre de litiasis obteniendo buen pasaje al duodeno. (Fig. 1).

A los 14 días de esta colangiografía se reinterviene por incisión transversa de hipocondrio derecho resecándose el trayecto fistuloso con múltiples cálculos. Se encuentran dos fístulas colecisto-colónicas, una pequeña sobre la cara inferior vesicular y a 10 cm de ésta otra de más calibre con una cavidad intermedia ocupada por un cálculo grande apoyado sobre el muñón duodenal.

Se cierran los dos orificios colónicos en 2 planos y se peritoniza el muñón duodenal. Se realiza la colecistectomía y colangiografía intraoperatoria que muestra una vía biliar principal expedita, con buen pasaje al duodeno. Se hace antibioticoterapia con Gentamicina y Metronidazol. Buena evolución, alta al 5º día del postoperatorio. Actualmente está muy bien.



Fig. 1. Esquema de la topografía de las fístulas: 1) Colecisto-cutánea intubada con sonda Pezzer. 2) y 3) Colecisto-cólicas. 4) Probable colecisto-duodenal sobre el muñón.

COMENTARIO

Analizando panorámicamente la historia destacamos en primer lugar el hecho poco frecuente de sobrevida por cáncer del muñón gástrico (con pocas observaciones en nuestro medio)⁽¹⁾. El íleo biliar u oclusión por cuerpo extraño intraluminal es sugestivo en un enfermo con litiasis vesicular. No podemos asegurar la etiología de la oclusión por no haberse realizado enterotomía pues se partió el obstáculo al colon pero es probable que haya existido una fístula colecistoduodenal en el muñón.

Las fístulas colecisto-digestivas se producen por adherencias de la vesícula a los órganos vecinos durante un empuje de colecistitis litiasica.

El cálculo provoca éscaras de decúbito que necrosan la pared del colecisto y la del órgano adherido.

Al comunicar la vesícula con el colon la flora se convirtió en más virulenta por la presencia de anaerobios y E. Coli y el empiema vesicular mantuvo cierto grado de tensión pues la fístula cólica grande estaba obstruída por un cálculo⁽²⁾.

Esto hizo que aprovechando el viejo trayecto de un drenaje peritoneal que había colocado el cirujano que realizó la primer gastrectomía, se fistulizara el empiema al exterior.

Como no extrajimos ningún cuerpo extraño, se agrandó con fístula con anestesia local y aparecieron los cálculos que certificaron el origen biliar.

Lo que queda sin demostrar es el íleo biliar

El bacinete vesicular estaba apoyado sobre el muñón duodenal, al separarlos éste quedó francamente desperitonizado como si hubiese existido una fístula colecistoduodenal que explicaría el íleo biliar. Tendría que haber existido la migración del cálculo a través del muñón duodenal. Luego debería haber pasado por la anastomosis gastroyeyunal (Billroth II) llegando por el asa aferente sin ser vomitado y reintroducirse al yeyuno por la asa eferente para provocar la oclusión.

DISCUSION

Las fístulas biliares se ven cada día con menor frecuencia porque se diagnostican y operan más precozmente la litiasis biliar.

En 1972 Alba hizo un excelente relato al XXIII Congreso Uruguayo de cirugía sobre fístulas bilio-digestivas y sus complicaciones⁽²⁾. Portos en el correlato revisó las fístulas bilio-digestivas del Hospital de Clínicas de las cuales tan solo 12 eran colecistocolónicas sobre un total de 112⁽³⁾.

Después de ese relato fue presentada una sola observación a esta Sociedad por Estapé⁽⁴⁾. Posiblemente existen muchos más pero ya no se comunican pues se ha perdido el interés.

Uno de nosotros (R.P.) ha operado 5 enfermos más con fístulas colecisto-colónicas.

Pero lo raro de esta observación es la duplicidad de la comunicación. Las fístulas dobles colecisto-duodenales no son excepcionales.

Uno de nosotros (R.P.) publicó con Asiner una observación⁽⁵⁾.

Cernich⁽⁶⁾ hace referencia a 3 casos de fístula colecistoduodenocólica y 3 observaciones de fístulas mixtas entre el tubo digestivo y el exterior. En el Columbia Presbyterian Hospital entre 1932 y 1965 sobre 12.000 operaciones de cirugía biliar, encuentran 26 fístulas biliares de las cuales sólo 3 eran fístulas múltiples como la nuestra⁽⁷⁾.

Es decir que la rareza de esta observación está en el hecho de tener una fístula doble colecisto-cólica y una fístula colecisto-cutánea.

La cuarta fístula colecisto-duodenal y la patogenia probable del íleo-biliar no la podremos probar.

Según Bresciani⁽⁸⁾ en su serie de 409 casos no existió una triple fístula como la nuestra.

En la revisión de la literatura no hemos encontrado ningún caso de íleo biliar en un gastrectomizado Billroth II⁽⁹⁾.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. MATTEUCCI P. - Cancerización de la neoboca, en las gastroenteroanastomosis de los antiguos operados por ulcus. Cir. Uruguay, 1966, 36:172.
2. ALBA E. - Fístulas bilio-digestivas espontáneas y sus complicaciones. Cir. Uruguay, 1972, 42:304.
3. PORTOS R., - Fístulas bilio-digestivas. Análisis estadístico. Cir. Uruguay, 1972, 42:339.
4. ESTAPE G., DI LEONI F., PISANO J. - Fístula colecistocólica espontánea. Cir. Uruguay, 1977, 47:163.
5. ASINER B., PRADERI, R. - Tratamiento de la obstrucción duodenal por cálculo biliar. Cir. Uruguay, 1971, 41:317.
6. CERNICH C., CIMIÑO C. - Fístulas biliares internas espontáneas. Prensa Méd. Argent., 1961, 48:1307.
7. AMOURY R., BARKER H.A. - Multiple biliary enteric fistulas. Am. J. Surg. 1966, 111:180.
8. BRESCIANI S., GADIVAG., BERRINI E., MENEGAT M., CAMPI E. - L'ileo biliare. Revisione di 409 casi della letteratura e presentazione di un'osservazione personale. Chirurgia - Arch. Trim., 1989, 13:59.
9. MÓSS J.F., BLOOM A.D., MESLEH G.F., DEZIEL D., HOPKINS W.M. - Gallstone ileus. Am. Surg., 1987, 53:424