

FISTULAS COLEDOCODUODENALES ESPONTANEAS *

Dr. RAUL PRADERI **

Se trata de una afección poco común. Consiste en la fistulización del colédoco en la primera o segunda porción del duodeno. No nos ocuparemos de las fístulas del hepático en el duodeno, pero nos interesa señalar sus diferencias:

Fístula hepaticoduodenal:

Generalmente terminolateral.
De pequeño calibre (capilar).
Insuficiente (físt. de descarga).
Acompañando a una estenosis.
Sin sintomatología propia.

Fístula coledocoduodenal:

Laterolateral.
De mediano calibre.
Puede tener buen gasto.
Puede ser asintomática.
Puede ser curativa.

Las primeras son siempre capilares y explican en algunos enfermos las largas sobrevidas pese a existir una obstrucción biliar. Nos hemos referido a ellas en otro Congreso Uruguayo de Cirugía (13). Se constituyen después de lesiones operatorias de la V.B.P.

Debemos señalar también que las fístulas bilioduodenales espontáneas participan como es lógico de las características de las anastomosis biliodigestivas homónimas.

Es decir, que las F.C.D. igual que las coledocoduodenostomías pueden mantener un buen calibre y establecer sin morbilidad el drenaje total de la bilis al tubo digestivo. En cambio, las F.H.D. no resuelven el problema porque son siempre insuficientes y si no lo son tienden a estenosarse como las hepaticoduodenostomías. Según Hutchings (5) las F.C.D. constituyen del 10 al 20 % de todas las fístulas biliares internas. Comienzan a verse menos que antes. Así Courvoisier, citado por Robson (14), en 196 fístulas biliares internas, encontró 15 F.C.D.; en cambio,

* Trabajo de la Clínica Quirúrgica "A" del Prof. Abel Chifflet.

** Docente Adscripto de Cirugía (Menes Roses 6435).

Judd y Burden (7), en 153 fístulas biliodigestivas, incluyen una sola; Hepp y Mercadier (4') en 398 refieren 2 casos; Dowse (3), en 13 F.B.D., cita un solo caso y Chizzola (1) en nuestro medio refiere también un solo caso en 41 F.B.D.

Analizaremos aquí una pequeña estadística personal que comprende 6 observaciones. Cuatro de ellas se constituyeron en enfermos complejos que habían sido operados de sus vías biliares. Las otras dos fueron verdaderamente espontáneas. Revisaremos las historias sumariamente junto con la etiología de la afección.

ETIOLOGIA

A) *Espontáneas puras*

Según Hutchings (5) el 80 % de estas fístulas se deben a penetración de úlcus duodenales en el colédoco. Kourias (8) reunió muchas observaciones de este tipo en Grecia después de la última guerra. El diagnóstico es radiológico: *Neumosis de vía biliar o pasaje de bario del duodeno al colédoco*. Así sucedió en nuestra única observación de este tipo.

OBS. 1.—II. Cl. 183.109. Paciente de 40 años, viejo ulceroso duodenal. Se le había diagnosticado un año antes la fístula en un estudio contrastado de gastroduodeno. Consultó con una estenosis pilórica y por esa razón lo operamos el 6-6-963. La úlcera de primera porción estaba perforada en un colédoco normal. Utilizamos la técnica preconizada por Lahey y practicamos una gastrectomía subtotal resecaando casi toda la úlcera. Cerramos el duodeno con un beniqué colocado en el colédoco y dejamos allí un tubo de Kehr. Curó sin incidentes.

Como señala Jordan, estos enfermos se operan por las complicaciones de la úlcera duodenal, una de las cuales puede ser la estenosis del colédoco que no existía en nuestra observación.

Las fístulas espontáneas en biliares son raras (9). Se pueden ver en viejos litiásicos coledocianos por erosión de un cálculo [Hepp (4)]. Radiológicamente hay que diferenciarlas de los esfínteres de Oddi insuficientes que también se llenan desde abajo [Shehadi (15)] o dan neumosis biliar [Pitman (10)].

OBS. 2.—II. Pasteur. Sala 18. Hist. 457-32. Paciente de 62 años que consulta por una dispepsia leve. En un estudio radiológico de gastroduodeno se ve llenar la vía biliar principal a través de un orificio duodenal de buen calibre, no se llena la vesícula biliar (que tampoco se vio en un colecistograma). No hay cálculos en los canales biliares. Evolucionó bien con tratamiento médico.

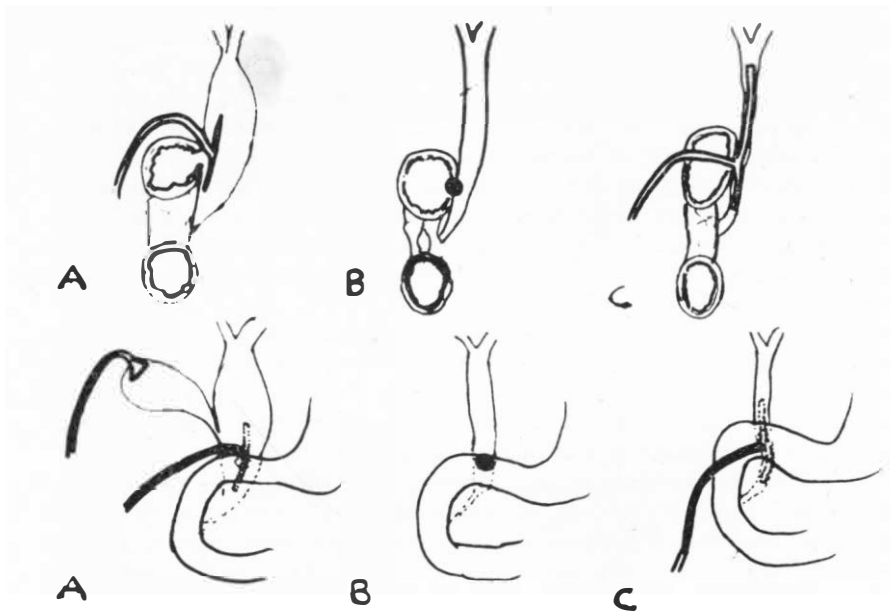


Fig. 1.— (A) Observación 4. (B) Observación 3. (C) Observación 5.

No podemos afirmar si la causa fue ulcerosa o biliar porque no la operamos. Esto sucede a menudo. Dowse (3), por ejemplo, no intervino a ninguno de sus dos pacientes.

No hemos visto fístulas de origen neoplásico que son raras.

Los cánceres biliares en general obstruyen antes de infiltrar y lo mismo sucede con los tumores gástricos. Es más posible la fístula gastrovesicular o gastroyeyunal neoplásica.

B) *Fistulas postoperatorias*

En general la causa fue una ulceración por el tubo de drenaje o por un cálculo residual.

OBS. 3. H. Cl. 164.393. Enferma de 67 años procedente del Interior, donde fue operada de una litiasis coledociana. A los dos meses ingresa al Hospital de Clínicas con una ictericia obstructiva. Tres días después hace una hemorragia digestiva masiva, por lo cual la operamos. Encontramos una fístula coledocoduodenal recién constituida con un fragmento de cálculo pariéndose al duodeno. La hemorragia provenía de una arteria sangrando en el orificio (fig. 1-B). Se suturó el duodeno y el colédoco por separado drenando este último con un tubo de Kehr.

OBS. 4.—Sanat. Americano. Paciente de 83 años de edad con sesenta años de sufrimiento biliar y antecedentes de varias ictericias. Diabética. En un episodio febril y doloroso, aunque sin ictericia, la operamos. Existía un “empierrement” de toda la vía biliar intra y extrahepática. Se extrajeron 200 gr. de cálculos biliares. El colédoco tenía 8 cm. de diámetro. ¡Lo habíamos palpado antes de abrir el vientre!, aunque pensamos entonces que se trataba de la vesícula. Luego de extraer todos los cálculos vesiculares y coledocianos móviles de la vía biliar principal y los hepáticos derecho e izquierdo, concluimos que era imposible extraer los situados en ambos hepáticos, pues estaban soldados entre sí y moldeados a los canales constituyendo una verdadera litiasis coraliforme de hígado.

Evidentemente la bilis circulaba entre la pared de los canales y los moldes, porque la enferma no tenía ictericia. La papila era permeable y la vesícula biliar tenía una pared muscular muy desarrollada y pocos cálculos en su interior. La enferma tomaba desde hacía treinta años abundantes dosis de sulfato de magnesia y mantenía así drenada su vía biliar.

Evidentemente frente a esta paciente excepcional no se podía aplicar un criterio “standard”: por eso resolvimos dejarle la vesícula por serla útil y no nos atrevimos a practicar una coledocoduodenostomía, pues el colédoco tenía un calibre tres veces mayor que el duodeno. Ampliamos el orificio de la papila mediante una esfinterotomía transduodenal y drenamos el colédoco y la vesícula. Cinco días después de la operación hizo una hemorragia digestiva y el 89 día del postoperatorio observamos con sorpresa que salían burbujas por el drenaje coledociano. La hemorragia había cesado. Hicimos diagnóstico de fístula coledocoduodenal y lo confirmamos en una colangiografía. Poco después retiramos los tubos. La fístula tenía un buen calibre y funcionó perfectamente. Esto demostró que la intervención indicada era la coledocoduodenostomía.

Dos años después la operamos con un cáncer de colon, practicándole una hemicolectomía derecha. Falleció bruscamente a los cinco años, con un accidente vascular encefálico. En resumen, la fístula sirvió como derivación bilio-digestiva sin inconvenientes de reflujo digestivo, pues la enferma no volvió a sufrir de sus vías biliares. Creemos que la fístula se formó entre el orificio de coledocotomía y la pared duodenal.

OBS. 5. H. C. 59.969. Una paciente de 26 años, fue operada por un cáncer del confluente hepatocístico** que se resecó reconstruyendo la vía biliar sobre un tubo en T que se dejó por dos años. Al cabo de este tiempo el tubo estaba obstruido y macerado, por lo cual se reintervino; seguimos el tubo y con sorpresa encontramos que se introducía en el duodeno; el orificio de la coledocotomía había sido cubierto por el duodeno, en el cual se había fistulizado, como se aprecia en la figura I-C. Cambiamos el tubo, colocamos otro más alto transpapilar a la manera de Cattell y cerramos el duodeno.

Conjuntamente con el Dr. Luis Praderi.

* Esta historia ha sido publicada en su totalidad en otra comunicación (11).

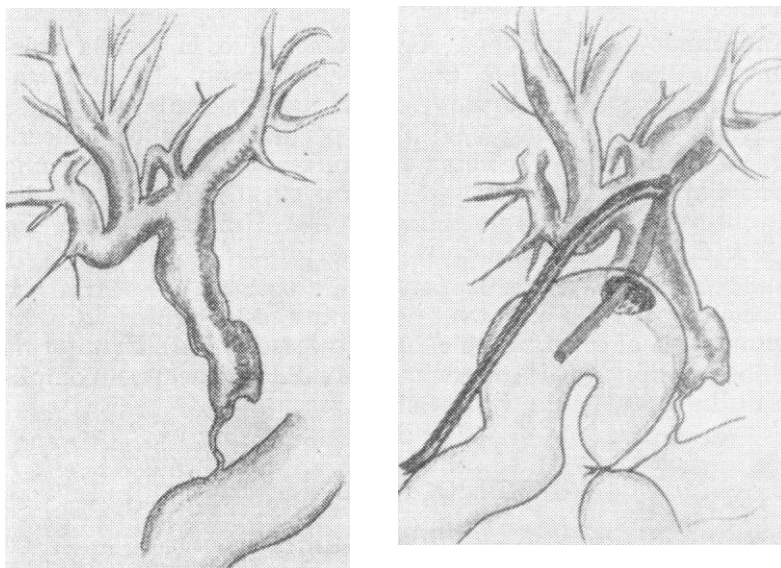


Fig. 2.—●bs. 6. Dibujos calcados de las colangiografías: se ve la fístula y la derivación practicada después.

La enferma sobrevivió seis años, pero reprodujo la fístula que encontramos en varias reintervenciones. Cuando murió, nueve años después de la primera operación, tenía un tubo transhepático doble pasado a través de la fístula, que siempre funcionó (11, 12).

OBS. 6.—II. Cl. 164.276. Paciente de 30 años con antecedentes cargados de patología biliar. Empezó con una ictericia obstructiva. Cuando lo traía una ambulancia para operarse, ésta chocó. Hizo una ruptura de hígado y después un absceso subfrénico, porque tenía una angiocolitis litiásica. Se operó cuatro veces: mechado de hígado, drenaje de absceso, coledocotomía, papilotomía y colecistectomía, extracción del cálculo residual.

Dos años después ingresa con una ictericia febril. La radiografía simple mostró una neumatosis de vías biliares. Se operó: la colangiografía evidenció una fístula coledocoduodenal y estenosis biliar distal por pancreatitis (fig. 2). La vía biliar estaba llena de pus. Consideramos que la angiocolitis era debida al reflujo por la fístula. No había litiasis residual, la estenosis pancreática era extensa. No había tumor. Aunque la indicación hubiera sido practicar una coledocoduodenostomía amplia, no nos pareció conveniente por el peligro de reflujo digestivo. Hicimos una hepaticoyeyunostomía en asa de Hivet-Warren (2) calibrada con un tubo de Kehr, con muy buen resultado. Lleva tres años de operado y no repitió su angiocolitis.

COMENTARIO

Analizando esta pequeña serie vemos que la fistula colododuodenal no constituye una afección grave. Es perfectamente compatible con una vida normal. En general se produce en enfermos biliares complejos o en portadores de una úlcera tenebrante de duodeno. A veces la fistula es mantenida por una estenosis baja y en ese caso puede ser curativa como sucedió en la observación 4 o simplemente bien tolerada como los casos 2 y 5.

Las complicaciones de la fistula que obligan a cerrarla son la angicolitis por refujo (tal vez por calibre insuficiente) (caso 6) y la hemorragia al constituirse el orificio (casos 3 y 4). El enfermo de la observación 1 fue operado en realidad por una complicación de la úlcera y no de la fistula.

BIBLIOGRAFIA

1. CHIZZOLA, M.—“Consideraciones sobre las fistulas biliodigestivas espontáneas”. Tesis. Montevideo, 1959.
2. DELGADO, B.; PRADERI, R. y CRESPO, L.—Las anastomosis biliodigestivas en asa desfuncionalizada. “Rev. Cir. Urug.”, 37: 96; 1967.
3. DOWSE, J. L.—Spontaneous internal biliary fistulae. “Gut.”, 5: 429; 1964.
4. HEPP, J.—Indications therapeutiques des fistules biliaires internes. Actualités hepato-gastroenterologiques de l'Hotel D'en. “Les voies biliaires”, pag. 9. Masson. Paris. 1952.
4. HEPP, J. et MERCADIER, M.—Fistules biliaires internes. “54 Congrès Français de Chirurgie”, Paris, 1952.
5. HUTCHINGS, V. Z.; WHEELER, J. R. and PUESTOW, C. B.—Cholechooduodenal fistula complicating duodenal ulcer. “Arch. Surg.”, 73: 598; 1956.
6. JORDAN, P. H. and STIRRET, L. A.—Treatment of spontaneous internal biliary fistula caused by duodenal ulcer. “An. J. of Surg.”, 91: 307; 1956.
7. JUDD, E. S. and BURDEN, V. G.—Internal biliary fistula. “Ann. Surg.”, 81: 305; 1925.
8. KOURIAS, B. and CHOULAEAS, A.—Spontaneous gastrointestinal biliary fistula complicating duodenal ulcer. “S. G. O.”, 119: 1013; 1964.
9. MIRIZZI, P. L.—Fistules biliaires internes spontanées au cours de la lithiase biliaire. “XIV Congrès de la Société internationale de Chirurgie”, 53: 558; Paris. 1951.
10. PITMAN, R. and DAVIES, A.—The clinical and radiological features of spontaneous internal biliary fistula. “Brit. J. Surg.”, 50: 44; 1963.

11. PRADERI, R.—Cáncer del confluente hepático-cístico. Resección y derivaciones sucesivas con sobrevida de seis años. "Bol. Soc. Cir. Uruguay". 34: 3; 1963.
12. PRADERI, R.; PARODI, H. y DELGADO, B.—Tratamiento de las obstrucciones neoplásicas de la vía biliar suprapancreática. "An. Fac. Med. Montevideo". 49: 221; 1964.
13. PRADERI, R.—Reintervenciones por fístulas y estenosis biliares altas. "16º Congr so Uruguayo de Cirugía", I: 159; 1965.
14. ROBSON, A. W. M.—A lecture on fistula between the stomach and bile passages: with remarks on other internal biliary fistula. "Brit. Med. J.", 1: 1050; 1909.
15. SHEHADI, W. H.—Roentgenologic observations in cases of fistulas of the biliary tract. "J. A. M. A.", 174: 2204; 1960.

Discusión

Dr. CENDAN.—Yo voy a contribuir al trabajo del Dr. Praderi con la relación de un caso que tuve la oportunidad de comentar hace pocos días. Se trataba de una enferma añosa portadora de una cardiopatía importante que había sido operada 2 años antes de una litiasis de colédoco. Se le habían dejado el tubo de Kehr colocado durante 18 meses. Cuando el cirujano tratante intentó extraerlo se rompió y quedó un fragmento. La enferma evolucionó bien al principio sin manifestaciones importantes y se cerró la fístula biliar. El cirujano consideró que podía dejar las cosas así, pero empezó a hacer empujes del tipo angiocolítico muy importantes y en ese momento se decidió la reintervención. Al abordar el foco nos encontramos que había una magma de adherencias tan importante que era poco menos que imposible llegar a pedículo hepático y a través de duodeno logramos tocar la pata del tubo de Kehr; la parte de abajo del tubo de Kehr. Hicimos una duodenotomía y con gran sorpresa nos encontramos que esa parte del tubo de Kehr no pasaba a través de la papila sino a través de una coledocoduodenostomía interna espontánea amplísima, que nos permitió extraerlo con toda facilidad a través del duodeno. Como aquella comunicación parecía suficiente, terminamos la operación con el cierre del duodeno, esa enferma ha evolucionado bien, ya hace más de 6 ó 7 años y está en perfectas condiciones, lo cual corrobora las palabras del Dr. Praderi, de que hay algunas fístulas colododuodenales espontáneas que son efectivas en cuanto a su función sobre el árbol biliar.

Dr. BARSABAS RIOS.—Voy a referir aquí un caso producido por una membrana hidática atascada en el colédoco que se adhirió al duodeno. Cuando la operamos, tenía una fístula establecida por migración de la membrana hidática. La enferma curó. Quería establecer lo que puede ocurrir con el quiste hidático donde se ven cosas tan raras.

Dr. RAUL PRADERI.—Agradezco a los colegas que han hablado: al Dr. Cendán, ratificando lo que decíamos, de los tubos persistentes en las vías biliares y al Dr. B. Ríos le agradezco muy especialmente su observación. La etiología de fistula coledocoduodenal puede ser litiásica, ulcerosa, por tubo e hidática. De esta última yo no conocía ninguna observación por lo menos en nuestro medio.

Le agradezco esa observación que es muy interesante. Quedaría un solo mecanismo la fistula coledocoduodenal neoplásica, de la cual no hemos hecho referencia, porque no conocemos ningún caso. Solamente tenemos una observación operada de fistula colecistoduodenal en un neoplasma de vesícula.