

DE CIRUGIA

REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGIA

Editores:

Dr. Pablo Barrios Vela

Dr. Marco Antonio



VOLUMEN 39 NUMERO I AÑO 1986

REVISTA VENEZOLANA DE CIRUGIA



AÑO 1986
VOLUMEN 39
NUMERO 1

CONTENIDO

HERNIOPLASTIA POR TECNICA DE SHOULDICE. REPORTE ACUMULATIVO Dr. Luis Arturo Ayala, Dr. Eduardo A. Souchón, Dr. Ricardo Alfonso, Dra. Elena Rodríguez	1
ENFERMEDADES FIBROQUISTICA DE LA MAMA. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO Dr. Miguel J. Saade Aure, Dr. Tull A. Saade Aure, Dr. Elio Sogbe, Dr. Nicolás Salazar	9
EXPERIENCIA EN RECONSTRUCCION DE MAMA POST-MASTECTOMIA RADICAL EN RADIONECROSIS POST-MASTECTOMIA MEDIANTE COLGAJO MIOCUTANEO DE RECTO, E INCISION TRANSVERSA TIPO LIPECTOMIA Dr. José Ochoa, Dr. Salomón Russo, Dra. María del Pilar Florik	17
EL HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN 26 AÑOS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS Dr. Guillermo Colmenares Arceza, Dr. Luis A. Ayala Núñez, Dr. Eric Eichelbaum Purtak, Dr. Josep Lanes	23
ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 404 CASOS DE PATOLOGIA DE LAS VIAS BILIARES TRATADAS QUIRURGICAMENTE Dr. Mario Molero, Dr. Hugo Bascón, Dr. Carlos Montalvo, Dr. Germán Sánchez	27
COMPLICACIONES DE LA COLOSTOMIA Dr. Antonio Clemente, Dr. Vicente P. Barbato, Dr. Luis A. Alfaro, Dr. José M. Ruiz	35
FISTULA COLEDOCODUODENAL COMO COMPLICACION DE UNA ULCERA DUODENAL Dr. Sami Zoghbi, Dr. Carlos Sardiñas, Dr. José Muñón	39
ANO VULVAR CONGENITO Dr. Guillermo E. Suárez D., Dr. José V. Herrera Brando	42
TAMPONAMIENTO CARDIACO TARDIO POSTERIOR A HERIDA POR ARMA DE FUEGO. PRIMER CASO REPORTADO Dr. Pedro Lizarraga, Dr. Ricardo Alfonso, Dr. Armando Vegas	45
SECCION DE INFORMACION	47
INDICE DE AUTORES, VOLUMEN 38. NUMEROS I, II y III. AÑO 1985	50
INDICE DE MATERIA. VOLUMEN 38. NUMEROS I, II y III. AÑO 1985	53

FISTULA COLEDOCODUODENAL COMO COMPLICACION DE UNA ULCERA DUODENAL

AUTORES

Dr. Sami Zoghbi*
Dr. Carlos Sardiñas**
Dr. José Muñón***

HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

INTRODUCCION

La fístula bilio-entérica a consecuencia de una úlcera duodenal, es un fenómeno muy raro. La mayoría son secundarios a coledocolitiasis, le sigue en frecuencia la enfermedad péptica ulcerosa. Su clínica es muy silenciosa, predomina los síntomas del úlcus, y su diagnóstico es comúnmente accidental. El manejo terapéutico de esta entidad varía en la literatura, por lo que es aún controversial (1).

Para el momento de la revisión se han reportado 149 casos en la literatura mundial, siendo éste el primero reportado en nuestro país.

Reporte del Caso: Hospital Universitario de Caracas, Historia número: 38-75-49.

Paciente masculino de 33 años; con clínica de dolor epigástrico y hemorragia digestiva superior, quien fue referido a nuestro hospital, luego de fracaso terapéutico conservador. Se ingresa con diagnóstico de enfermedad úlcero péptica. Panendoscopia superior visualiza ulcus duodenal. Colecistografía oral fue negativa. Estudio de esófago-estómago-duodeno, demuestra paso de contraste a vías biliares. Ecocsonido abdominal sugiere enfermedad litiasica biliar. La pancreato-duodenoscopia retrógrada: concluye estenosis de colédoco y whirsung permeable. El diagnóstico preoperatorio fue fístula bilio-entérica y úlcera duodenal. En la intervención: masa inflamatoria en bulbo duodenal y vías biliares. Practicándose duodenostomía lateral y vías biliares. Practicándose duodenostomía lateral, colédoco-duodenoanastomosis látero-lateral, hemigastrectomía y vaguectomía selectiva. Evolución postoperatoria satisfactoria.

ETIOLOGIA E INCIDENCIA

Aproximadamente un 90% de las fístulas bilio-entéricas son atribuidas a coledocolitiasis (3,4). La enfermedad ulcerosa péptica es la causa siguiente más común, y esta entidad es la responsable del 80% de las fístulas coledocoduodenales (1,4,6,9), específicamente la úlcera duodenal de la pared posterior erosionando hasta la pared anterior del conducto biliar común, la fistulización de la úlcera a otra porción del tracto biliar, como a vesícula es un evento mucho más raro (4) y es ocasional en el cáncer de vesícula, hígado o estómago (3, 10). La pancreatitis (3), los equinococos en áreas endémicas (9), el traumatismo y la enteritis regional pueden ser el origen. En nuestro caso fue la úlcera duodenal (Tabla I) (Tabla II).

Tabla 1
Frecuencia de las fístulas bilio-entéricas según diversos autores

Series	No. Pacientes	Casos	%
Finstener (1940)	6.000*	2	0,03
Kourias (1952)	3.000*	9	0,3
Nazareno et al. (1967)	1.435	6	0,41
Cornet et al. (1971)	196	8	4,1
Clínica Mayo (1971)	4.250 +	6	0,14
Michowicz (1984)	550 +	3	0,54

* Gastrectomías
+ Úlcera Duodenal

* Profesor Instructor por concurso. Servicio-Cátedra de Cirugía "C". Cirugía III. H.U.C.
** Residente de Post-grado de Cirugía General. Servicio-Cátedra.
*** Médico Interno Rotatorio de Post-grado H.U.C. Presentado en las XLIII Jornadas Inter capitulares de Cirugía. Punto Fijo. Estado Falcón.

TABLA II

Frecuencia de las fístulas colédocoduodenales en relación a las fístulas bilio-entéricas, según diversos autores.

Serie	%
Hutching et al. (1956)	10-20
Issacson et al. (1962)	3,5-6
Constant and Turcotte (1967)	5-25
Barrios and de Jesús (1974)	5,5%
Glenn (1976)	10%

EDAD Y SEXO

La mayor incidencia de fístula colédoco-duodenal se encuentra entre la quinta y sexta década de la vida, con variaciones reportadas de 24 años, el de menor edad y 85 años el de mayor edad (6).

La mayoría de las fístulas biliares entéricas se observaron en mujeres, probablemente por la alta frecuencia de colecolitiasis en este sexo. Sin embargo, las fístulas colédoco-duodenales son casi exclusivas en el hombre, por la mayor incidencia ulcerosa (3,6).

DIAGNOSTICO

Es sumamente difícil realizar un diagnóstico clínico de fístula colédoco-duodenal, debido a la ausencia de síntomas y signos específicos. Usualmente causa como una úlcera no complicada. La colangitis ascendente es infrecuentemente encontrada (3), pudiendo ocurrir en menos del 10% de los casos (4). Se ha propuesto incluso, que la mejoría sintomática de la úlcera péptica está relacionada con el drenaje de la bilis alcalina, sobre la úlcera (3,10).

La presencia de aire dentro del árbol biliar, demostrada en un estudio radiológico simple de abdomen, es muy sugestivo de comunicación entre los tractos gastrointestinal y biliar, más no patognomónico de fístula (12). Pero este signo no siempre es encontrado. Otras entidades que pudieran dar este signo son: una incompetencia del esfínter de Oddi, una colecistitis gangrenosa por gérmenes anaeróbicos, luego de anastomosis bilio-digestivas o esfinterotomías.

Otro procedimiento útil, resulta ser el estudio radiológico con contraste del tracto digestivo superior, en el que se demuestra paso del material de contras-

te al tracto biliar, en un 75% de los casos (4). Usualmente se requiere un lapso de 10-30 minutos, o colocar al paciente en variadas posiciones, como Trendelenburg y decúbito lateral derecho. Debe tenerse precaución, ya que los vertículos duodenales pueden semejar las imágenes de fístulas (1). Actualmente la pancreato-duodenoscopia retrógrada es un método diagnóstico de gran interés, con el cual se puede observar el orificio fistuloso, así como la permeabilidad del colédoco, lo que influirá en la elección del tipo de intervención.

TRATAMIENTO

Los objetivos terapéuticos son: 1) Cicatrización de la úlcera duodenal, 2) Prevención del reflujo gastro-intestinal dentro del árbol biliar, y 3) Restablecimiento de la continuidad del tracto biliar (6).

Las distintas modalidades terapéuticas, presentes en la literatura, para la fístula colédoco-duodenal son:

1) Tratamiento conservador (2,5,7,8). El tratamiento médico con antiácidos e inhibidores de la secreción ácida, suele ser suficiente para mejorar los síntomas, y suelen ser tratados de esta manera, si no tienen alguna complicación que indique la cirugía (4).

La cirugía es reservada a pacientes con mal control o síntomas fuertes y recurrentes del úlcus, complicaciones mayores como perforación, hemorragia u obstrucción.

La fístula per se no es indicación de cirugía (11).

2) Gastrectomía, excisión de la úlcera y cierre de la fístula (11).

3) Gastrectomía subtotal y reimplantación del conducto común o vesícula con el duodeno realizando exploración del árbol biliar en todos los casos (6).

4) Antrectomía y vagotomía (2,11,12). La bilioentero-anastomosis es requerida si hay dilatación y estenosis del árbol biliar (11).

5) Gastrectomía subtotal seguida de un Billroth tipo II. Vagotomía acorde a cada paciente en particular (9).

Las fístulas colédoco-duodenales posteriores a una úlcera, es efectivamente una complicación de la misma y así, al ser diagnosticada requiere siempre corrección quirúrgica.

CONCLUSIONES

1) Se presenta un caso de fístula colédoco-duodenal secundario a enfermedad péptica ulcerosa, visto en el Hospital Universitario de Caracas, en el año

de 1985, cuya sintomatología no fue específica, e indistinguible del úlcus péptico.

- 2) Esta enfermedad es relativamente rara, de síntomas y signos silentes.
- 3) La posibilidad de encontrar una fístula bilio-entérica debe mantenerse en la mente del cirujano, ante las intervenciones gastrointestinales.
- 4) Su tratamiento definitivo es la corrección quirúrgica.
- 5) Debe individualizarse cada paciente de acuerdo a edad, condiciones generales, permeabilidad de vías biliares.

RESUMEN

Se observó un caso de fístula colédoco-intestinal secundaria a penetración de una úlcera duodenal. Con sintomatología indistinguible de enfermedad péptica. El diagnóstico se realizó mediante el estudio radiológico con contraste del tracto digestivo superior y otros como la pancreato-duodenoscopia retrógrada fueron muy importantes, para elegir el procedimiento quirúrgico apropiado.

Se hace una revisión de la literatura tanto nacional como internacional, referente al tema, en la que se resaltan diversas metodologías terapéuticas, siendo éste el punto controversial.

SUMMARY

We describe a case of a choledochoduodenal fistula secondary to a penetrated duodenal peptic ulcer. Its symptoms were indistinguishable from those of peptic disease. The diagnosis was made with the use of upper gastrointestinal radiology and retrograde pancreatography, those procedures played a significant role in the choice of the appropriate surgical procedure to be used.

We reviewed the national and international literature. The therapeutic modalities to use are still a subject for controversy.

BIBLIOGRAFIA

1. Barros, L. y De Jesús, O.: Fístula bilio-digestivas espontáneas. Bol. Soc. Ven. Cir., 28 (1-2): 179-290, 1974.
2. Bergner, L.H.: Internal biliary fistulas. Am. J. Gastroenterol., 43: 11-12, 1965.
3. Constant, E., and Turocotre, C.: Choledochoduodenal fistula: the natural history and management of an unusual complication of peptic ulcer disease. Ann. Surg., 167: 220-228, 1968.
4. Feller, E., Washaw, A., and Schapiro, R.: Observations on management of choledochoduodenal fistula due to penetrating peptic ulcer. Gastroenterology, 78: 126-131, 1980.
5. Glenn, F.: Biliary fistula. Gastroenterology, 3: 889-93, 1976.
6. Hurchings, V., Wheeler, J., and Puestow, L.: Choledochoduodenal fistula complicating duodenal ulcer. Arch. Surg., 73: 598-605, 1956.
7. Issacson, S., Appleby, L., and Hamilton, E.L.: Choledochoduodenal fistula secondary to duodenal peptic ulcer. JAMA, 1979: 969-71, 1962.
8. Jordan, P.H., and Stirrett, L.A.: Treatment of spontaneous internal biliary fistula caused by duodenal ulcer. Am. J. Surg., 91: 307-13, 1956.
9. Kourias, D., and Choullaras, A.: Spontaneous gastrointestinal biliary fistula complicating duodenal ulcer. Surg. Gynecol. Obstet., 119: 1013-1018, 1964.
10. Kyle, J.: Choledochoduodenal fistula due to duodenal ulceration. Brit. J. Surg., 46: 125, 19 8.
11. Michowitz, M., Faraco, C., Lazarovici, I., and Soldwójczyk, M.: Choledochoduodenal fistula as a complication of duodenal ulcer. Am. J. Gastroenterol., 78: 416-120, 1984.
12. Nazareno, Rifano, F., Velencourt, R., y Saldívar, J.: Fístulas bilio-digestivas espontáneas. G.E.N., 22: 147-154, 1967.