

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

"FISTULAS BILIARES INTERNAS ESPONTANEAS"

Al tracto Gastrointestinal Secundarias a enfermedades del sistema biliar.

T E S I S

Presentada a la Junta Directiva de la Facultad de Ciencias Medicas de la  
Universidad de San Carlos de Guatemala

P O R

JORGE ARTURO PAREDES MENDIA

En el acto de su investidura de

MEDICO Y CIRUJANO

Guatemala, julio de 1967

## PLAN DE TESIS

### PRIMERA PARTE

Introducción  
Objetivo  
Material y Método

### SEGUNDA PARTE

Consideraciones del Tema en general \*

### TERCERA PARTE

Análisis de 26 casos

### CUARTA PARTE

Discusión

### QUINTA PARTE

Conclusiones

### SEXTA PARTE

Bibliografía

\* Por lo especializado del tema y con el objeto de favorecer la comprensión en la lectura de este trabajo, decidimos poner este capítulo antes del siguiente.

## PRIMERA PARTE

### INTRODUCCION

La idea de realizar este trabajo se originó al considerar la existencia de enfermedades de vesícula biliar y conductos biliares en nuestro medio y por no existir un estudio de las Fístulas Biliares Internas al tracto Gastrointestinal se consideró que era indispensable conocer su existencia frecuencia etc. Las múltiples referencias acerca de F.B.I. encontradas en la literatura corroboran el interés del tema y su importancia.

En la presente tesis se estudian 26 casos de F.B.I, espontánea al tracto Gastrointestinal encontradas en 3,854 colecistectomías durante un período de 11 años (de 1956 a 1966 inclusive) en los archivos del Hospital General.

### OBJETIVO

Claudio Bernard dijo "QUIEN NO SABE LO QUE BUSCA NO LO ENCONTRARA CUANDO PASE POR SU LADO" y precisamente por ello se presenta esta tesis con el objeto de hacer énfasis en la importancia que tiene conocer la existencia de las F.B.I. al tracto Gastrointestinal, los métodos de diagnóstico con los cuales se cuenta, las posibilidades de su prevención y desde luego, por su morbilidad, la importancia que tiene para el cirujano su conocimiento y la conveniencia de su tratamiento quirúrgico temprano.

Mencionaremos brevemente ya que no es tema de esta trabajo algunas de las complicaciones de las F.B.I. al tracto Gastrointestinal que por su interés deben estudiarse por separado, tales como el Ileo biliar y las Colangitis.

## MATERIAL Y METODO

Despues de haber revisado los casos reportados en literatura mundial desde 1941 a la fecha, nos damos cuenta de la importancia que tiene el cuadro patológico conocido como Fístula Biliar Interna Espontánea. En nuestro país no se habían investigado las características de la enfermedad, por lo cual se decidió hacer una revisión de los casos de F.B.I. al tracto Gastrointestinal que se hubiesen encontrado en el Hospital General San Juan de Dios en el lapso comprendido entre 1956-1966. Para el efecto se recurrió al archivo general, archivos de las salas de cirugía que cuentan con ellos, libros de registro de sala de operaciones, donde se encontraron, durante el período de 11 años arriba mencionados, 26 casos de Fístulas Biliares Internas Espontánea al tracto Gastrointestinal en 3,854 Cólecistectomías. De los casos hallados se hizo una clasificación por edad y sexo del paciente, variedad de fístulas, sintomatología, métodos de diagnósticos y operaciones practicadas.

No se estudiaron en este trabajo otras complicaciones secundarias a las Fístulas Biliares Internas al tracto Gastrointestinal, tales como Ileo biliar, hemorragia Gastrointestinal etc. por ser temas de por sí extensos que merecen trabajos especiales, y por el hecho de que durante el lapso de tiempo investigado no se encontró, en los archivos de la sala de operaciones ninguna operación quirúrgica realizada con diagnóstico de dichas complicaciones.

SEGUNDA PARTE

CONSIDERACIONES DEL TEMA EN GENERAL

1. Definición
2. Clasificación
3. Variedades de fístulas
4. Revisión de literatura desde 1941
5. Frecuencia de F.B.I. por variedad.  
por Sexo  
por Edad  
por enfermedades predisponentes.
6. Etiología y Patogenia
7. Complicaciones
8. Sintomas y signos
9. Diagnostico
10. Tratamiento.

## SEGUNDA PARTE

### CONSIDERACIONES DEL TEMA EN GENERAL

FISTULAS BILIARES INTERNAS ESPONTANEAS AL TRACTO GASTROINTESTINAL SECUNDARIAS A ENFERMEDAD DEL SISTEMA BILIAR.

Fístula Biliar Interna:

Definición: Fístulas Biliares Internas son los trayectos anormales que existen entre la vesícula y los conductos biliares entre sí o entre éstos y otro órganos de la economía.

Clasificación: Las Fístulas Biliares Internas se clasifican según Bockus (5) en:

- a) Fístulas Biliares Internas Espontáneas.
- b) Fístulas Biliares Internas post operatorias.

El presente estudio trata de las Fístulas Biliares Internas espontáneas cuando comunican la vesícula biliar o conductos biliares, excluyendo las fístulas que se producen a estos órganos secundarias a patología del tracto gastrointestinal.

Basile Kourfias (21) comenta que desde que Roth en 1886 llamó la atención sobre las comunicaciones biliares patológicas este problema ha interesado a los clínicos.

Courvoisier y Naunyn (citados por Kourfias) fueron los primeros autores que se ocuparon de este tema.

Comparativamente con otros procesos, son relativamente raras las fístulas biliares internas y entre éstas unos tipos lo son mas que otros.

Sin embargo, con los métodos de diagnóstico cada vez más exactos se hacen más frecuentes los hallazgos de tales fístulas según Litchman (23), ya que contrariamente a la opinión general no son de ninguna manera rarezas médicas según Hicken (15)

Las enfermedades altamente predisponentes por excelencia, para la formación de fístulas biliares internas, son las colecistitis, aguda o crónica, con o sin cálculos, la que constituye la mayoría de las veces, la base de esta complicación. Es claro que la incidencia de la Fístula Biliar Interna variará con los factores concernientes a la etiología, diagnóstico y tratamiento de dichas enfermedades y por consiguiente, la edad, el sexo, la nutrición, etc. así como el diagnóstico clínico temprano, combinado con el diagnóstico radiológico con pocos, abundantes o ningún síntoma y en los cuales el tratamiento quirúrgico también se aconseja, contribuirán enormemente para que la colecistitis aguda o crónica con o sin cálculos, al ser tratada de manera temprana evite sus complicaciones entre las cuales se encuentra la fístula biliar interna. Bockus (5), Taylor (49).

#### VARIEDADES DE FISTULAS BILIARES INTERNAS ESPONTANEAS

Las fístulas biliares internas se clasifican según sean los órganos que se encuentran comprometidos.

Así hay fístulas del sistema biliar que van al:

- Aparato gastrointestinal
- Aparato urinario
- Aparato genital

- Aparato respiratorio
- Aparato cardiovascular
- Aparato biliar entre sí

En el presente estudio nos ocuparemos, como ya se dijo en la introducción, únicamente de las fístulas entre el sistema biliar y el aparato gastroenterocólico con su patología inicial en el vesícula biliar o en los conductos biliares.

Las otras variedades se mencionan brevemente como curiosidades médicas ya que son sumamente raras.

#### REVISION DE LITERATURA DESDE 1941

Frecuencia de las fístulas Biliares Internas: tomando en cuenta sus variedades.

Las F.B.I. al tracto Gastrointestinal, se encuentran en orden de frecuencia: las colecistoduodenales entre la vesícula biliar y el duodeno, especialmente en la 2a. porción de éste.

Adams (1) en un estudio realizado durante 4 años encontró un 38.4% de fístulas de la vesícula al intestino delgado en una serie de 12 fístulas biliares internas.

Bockus (5) de 178 casos encontró 93 fístulas colecistoduodenales (52%).

Hickens (15) cita 69% de fístulas colecistoduodenales en su serie de 15 casos.

Glenn (14) cita estadísticas de la investigación realizada en:

Clínica Mayo.....76%

Boston City Hospital.....80%

New York Hospital.....80%

Smith (40) 30% en el Presbyterian Hospital de New York.

Las fístulas colecistocólicas principalmente al colon trasverso

siguen en orden de frecuencia:

Adams (1).....	8.3%
Naunyn cit. por Bockus (5).....	28%
Hickens (15).....	26%
Glenn (14) cita las clínicas de:	
Clínica Mayo.....	8.3%
Boston Hospital.....	10%
New York Hospital.....	7.5%
Rominger (38) Hosp, de Filadelfia.....	25%
Teuvo (41).....	10%

Fístulas Colecistogástricas

Se reportan en la literatura mundial como las que siguen en orden de frecuencia:

Borman (cit. por Bockus (5).....	3.6%
Hickens (15).....	4.4%
Smith (40).....	20% en 10 casos.

Fístulas del Colédoco al duodeno

Se reportan 15 casos (8.4%) de una serie de 178 Fístulas Biliares Internas al tracto gastrointestinal. (Naunyn citado por Bockus -5)

Wall (46) las menciona en el 3er. lugar de frecuencia pero no dice el porcentaje de sus hallazgos.

### Fístulas Colecistocolédocianas

Entre la vesícula y el colédoco y las fístulas entre el cístico y el colédoco.

Velasco (45) en 3,000 operaciones de vesícula encontró 14 casos.

Kourfas (21) presenta 7 casos de fístula biliobilar.

Mallet-Guy y Roget (27) reportan 40 casos de fístulas colecistocolédocianas de las clínicas quirúrgicas de la facultad de Medicina de Lyon Francia.

### Fístulas Múltiples

Mirizzi (34) cita 2 casos de fístula doble, un caso presentaba fístula de vesícula biliar a conducto hepático y colédoco. Otro caso de vesícula biliar a colédoco y a duodeno.

### Fístulas raras

Se han reportada un pequeño número de casos de fístulas biliares a otros órganos de la economía que no son suficientes para hacer un cálculo porcentual.

Bockus (5) y Taylos (42), citan casos de la literatura de fístulas de vesícula biliar que evolucionaron hasta formar trayectos que la unían a:

- Vejiga urinaria
- Utero grávido
- Quiste ovárico
- Vagina (Rolleston y McNee)
- Bronquio (Burgerss en 1921 presento 46 casos)
- Pelvis renal (Courvoisier presenta 5 casos)
- Vena Porta
- Arteria Hepática

Markgraf (28) cita caso de hemobilia post traumática por fístula colecistoportal.

#### Frecuencia por Sexo

Es mas frecuente en mujeres que en hombres en proporciones variables según los autores que reportan:

Glenn (14) cita: Clínica Mayo: 7 mujeres por 3 hombres

Boston City Hospital: 11 mujeres por 4 hombres

New York Hospital: 3 mujeres por 1 hombre

Mirizzi (32) encontro: 7 mujeres por 3 hombres

Moore (33) 9 mujeres por 1 hombre

Marshall (29) 2 mujeres por 1 hombre.

La mayor incidencia en las mujeres, cualquiera que sea la proporción, se debe a que los cálculos y procesos inflamatorios vesiculares son mas frecuentes en ellas y por lo tanto constituye la causa predisponente principal de las fístulas biliares, según Taylor (49).

#### Frecuencia por edad

Según la mayoría de los autores consultados, las fístulas biliares internas se presentan en pacientes de edades avanzadas.

Según Bockus (5), Brown (8), Foss (12), Glenn (14), Thomas (43), Kosoll (22) la mayor incidencia de fístulas biliares internas al tracto gastrointestinal ocurre entre la 6a. y 7a. década.

Según Mirizzi (32) es en la 4a. década la mayor frecuencia.

Moore (33) encontró una mayor frecuencia en la 8a. década.

Enfermedades predisponentes

La incidencia de las fístulas biliares internas es paralela a la de la presencia de cálculos biliares y enfermedades neoplásicas de órganos contiguos a la vesícula biliar o de ésta. Domke (11)

## ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Las fístulas biliares internas espontáneas son causadas en la gran mayoría de las veces por enfermedades de la vesícula o conductos biliares ya sea estas agudas como colecistitis, abscesos pericolecísticos, perforación de la vésicula biliar del tipo III según la clasificación de Niemeyer: "Perforación lenta a algunas vísceras unidas a la vesícula biliar por adherencias". Rohadas (26) Cowley (10).

Marshall (29), dice que 28 de 30 casos (93.5%) de fístulas biliares internas pueden ser atribuídas a enfermedad calculosa crónica.

Kourías (20), encuentra 70 fístulas secundarias a colelitiasis en una serie de 101 pacientes con fístulas biliares internas o sea 3.16% en 2 212 operaciones biliares.

Kourías (18) encontró 90% de 14 casos de F.B.I. originadas por enfermedad calculosa.

Brown (8) menciona 3 fístulas colecistoduodenales en 237 operaciones de colecistectomía (1.2%)

Esto demuestra la importancia que tiene el factor patológico vesicular en la formación de las fístulas.

Otros autores presentan la incidencia de fístulas biliares internas en gran número de pacientes operados de enfermedades biliares:

Puestow (35), cita 16 casos de fístulas en 500 pacientes operados de enfermedad biliar o sea un 3.2%.

Mirizzi (32), cita (3%) 39 casos en 1 300 pacientes operados de cálculos biliares.

La formación de fístulas biliares internas se ve favorecida por la intimidad de relaciones anatómicas entre los órganos vecinos, por la obstrucción del colédoco en casos que presentan o presentaron ictericia o la obstrucción del conducto cístico en ausencia de ésta.

Los cálculos biliares por un mecanismo irritativo y de necrosis por compresión, perforan la vesícula o los conductos biliares saliendo de su localización habitual y dejando tras de sí un trayecto fistuloso que es posible que cierre espontáneamente si deja de actuar el factor que lo produjo.

Así es como se lleva a cabo el mecanismo de formación de la mayor parte de fístulas de la vesícula biliar al duodeno o al cólon.

Las fístulas Colecisto-coledocianas, cístico-coledocianas, colédoco-duodenales son producidas por el enclavamiento de un cálculo en el lumen de éstos conductos. Velasco. (45)

Para completar el estudio mencionaremos brevemente algunas estadísticas en lo que se refiere a fístulas biliares internas que no comunican con el tracto gastrointestinal (por ejemplo las colecistobronquiales) por una parte y por otro las fístulas cuyo origen no está en el tracto biliar y en los cuales éste ha sido complicado secundariamente. (por ejemplo las fístulas secundarias a úlceras, cáncer, etc.)

Las fístulas biliares internas al tracto gastrointestinal son debidas a un 6% según Banth (2) a la penetración de úlcera péptica a la vesícula o a los conductos biliares.

Kourías (18) encontró 10% de 14 casos de F.B.I. o riginadas por úlcera o neoplasia de tracto gastrointestinal.

Bianco (4), de la clínica quirúrgica de la Universidad de Roma reporta

el 27% (6 casos) de fístulas biliares debidas a úlcera duodenal en una serie de 22 casos.

Marshall (29), reporta 2 de 30 casos de fístulas biliares como causadas por úlcera duodenal (6.6%).

Según la localización de la úlcera péptica así será el tipo de fístula:

si la úlcera está en la cara posterior del duodeno, la fístula será al colédoco.

Si la úlcera está en la cara lateral del duodeno, la fístula será a la vesícula.

Si la úlcera es en el estómago, la fístula será a la vesícula.

El cáncer es también causa de fístula biliar interna cuando invade al estómago, duodeno, cólon, aparato biliar.

Murchison (cit. por Bockus-5) refiere que 6 de 9 casos de fístula biliar colecistocólica 66% fueron debidas a cáncer de la vesícula biliar.

Wall (45) refiere que el cáncer gástrico fué la causa de 4% de fístulas biliares internas de su serie.

En los tipos mas raros como los mencionados en el capítulo anterior, el mecanismo de formación de las fístulas biliares es mas complicado.

Las fístulas broquiobiliares han sido encontradas asociadas a quistes de equinococo, absceso del hígado o traumatismo externo, según Bockus (5) y Mascheroni (30).

Burguess (cit. por Bockus-5) refiere que 63% de sus 46 casos de fístulas bronquiobiliar fueron secundarias a colelitiasis de acuerdo al siguiente mecanismo:

Coledocolitiasis --colagitis ascendente -- absceso hepático -- perforación del diafragma -- perforación pleural y paránquima pulmonar--bronquio.

La vesícula biliar puede producir absceso peritoneal y evolucionar por el mismo camino hacia las pleuras.

Es raro que la vesícula perfora directamente al diafragma.

Las fístulas del pericardio (Nuany), y a la pelvis renal (Courvoisier) y las fístulas a la vagina, vejiga urinaria, útero grávido, a vena porta y arteria hepática todas citadas por Bockus (5) son secundarias generalmente a abscesos pericolecísticos, hidrocolecísticos, adherencias etc.

Se reporta un caso de Hemobilia post traumática, por fístula biliar que comprometía a la vena porta Markgraf (28).

#### COMPLICACIONES DE FISTULA BILIAR INTERNA

Las fístulas biliares internas, como ya se ha expuesto, son de baja incidencia y por ende, sus complicaciones son también raras. Por esta razón y porque no es el objeto de este trabajo tratar acerca de las complicaciones, éstas serán mencionadas brevemente.

Las complicaciones son secundarias a las modificaciones anatómicas que se suceden y que son provocadas por la existencia de un trayecto fistuloso entre diferentes órganos.

#### LA COLAGITIS ASCENDENTE

Es una complicación por un proceso inflamatorio irritativo o infeccioso provocado por sustancias y bacterias que llegan a los conductos biliares por un camino prácticamente sin obstáculos a través de la fístula.

Cabe preguntarse porqué se sucede la colangitis ascendente mas frecuentemente cuando existe fístula biliar interna que cuando se ha realizado una anastomosis derivativa del colédoco o de la vesícula biliar al intestino. La respuesta está dada por el hecho de que en las primeras -Por la patología asociada- es mas frecuente que los conductos biliares extra-hepáticos esten obliterados por cálculos o estenosis post-inflamatorias o neoplasias que de por sí favorecen la persistencia de la fístula y de la infección ascendente al obstruir el flujo biliar hacia el duodeno.

Las colangitis ascendentes secundarias a fístula biliar interna son mas frecuentes cuando éstas comunican a la vesícula biliar y al colon.

#### ILEO BILIAR

Otra complicación de fístulas biliar interna que se producen cuando un cálculo biliar pasa por el trayecto fistuloso al tracto gastrointestinal provocando obstrucción de su luz.

La mayor parte de cálculos son expulsados sin molestias por el recto según Raiford (36), pero cuando aquellos son mayores de un diámetro, por muchos autores considerado crítico, de 25 mm. la obstrucción se producirá generalmente en los segmentos normales y anatómicamente estrechos, tales como la válvula ileocecal y el píloro. Foss (12), Borman (6). Holm-Nielsen (17) dice que un cálculo menor que la luz intestinal puede obstruirlo por espasmo de éste sobre aquel. En 35 casos de obstrucción intestinal en mujeres mayores de 65 años, 8 casos fueron debidos a cálculo biliar (23%) Moore (33). Raiford (36) dice que de todos los casos de obstrucción intestinal a toda edad el 3% es por cálculos biliares. Hinchey (16) cita 13 casos del Salem Hospital Massachussetts.

El tema del Ileobiliar por no ser objeto de este trabajo no se entrará a considerar esta complicación en detalle; además vale la pena anotar que en el registro de la sala de operaciones durante un período de 11 años (1956-1966) no hay anotada ninguna operación practicada con ese diagnóstico.

OTRA COMPLICACION, es la hemorragia por irritacion o ruptura vascular por un cálculo biliar. Wall (46)

#### SINTOMAS Y SIGNOS FISICOS

La sintomatología de las fístulas biliares internas al tracto gastrointestinal no es, de ningún modo, característica ya que traduce generalmente los síntomas de las enfermedades causales tales como Colelitiasis, Colecistitis aguda y crónica; y desde luego las de las enfermedades asociadas cuando el proceso incide secundariamente a vesícula biliar o conductos biliares, como en la úlcera péptica o cáncer del tracto gastrointestinal. Sin embargo, vale la pena repetirlo, en nuestro trabajo no nos ocuparemos de ellas por las razones ya expuesta.

Así, es frecuente obtener historia más o menos de larga evolución de dolor abdominal en hipocondrio derecho, intolerancia a las comidas grasas, ictericia por obstrucción mecánica o por colangitis.

Teuvo (41) en 19 casos durante 10 años, cita los siguientes síntomas:

Dolor: el síntoma mas frecuente

Dispepsia a grasas

Estreñimiento en 7 pacientes

Diarrea en 4 pacientes

Ictericia en 9 pacientes (3 debidos a cálculos y 6 debidos a Colangitis)

Algunos autores como Marshal (29) sostiene que los síntomas de vesícula biliar disminuyen o desaparecen cuando la fístula biliar interna se instala. El dolor puede decrecer cuando la fístula se forma gracias a enfermedad de la vesícula biliar. En contraste, el dolor puede cambiar sus características si la causa es úlcera péptica.

Marshall (29) encontró el síntoma dolor en 95% de una serie de 41 casos.

-Náuseas en 56.3% de los casos

-Vómitos en 46.3%

-Pérdida de peso en 58% de los casos en la misma serie de 41 casos.

-Intolerancia a grasas en 29%

-Fiebre en 12%

-Diarreas frecuentes en fístulas colecistocólicas.

-Ictericia en 25%

-Obesidad encontrada en 25 casos (61%). Actual o previamente a su ingreso.

Calonje (9) opina que se debe sospechar fístula biliar interna cuando hay dolor abdominal, diarreas y fiebre, siguiendo a un repentino alivio de la sintomatología de vesícula biliar. Otros autores no comparten esta opinión. Puestow (cit. por Bockus-5).

Puede haber sintomatología previa de dolor agudo o urente relacionado con la ingestión alimenticia que pudiera sugerir la etiología de úlcera péptica penetrante a la vesícula o al conducto biliar extrahepático. Kourfias (19).

Entre los signos se han mencionado ya la ictericia y la fiebre. En dos casos se ha mencionado la presencia de masa palpable en hipocondrio, signo que de ningún modo es característico.

La regurgitación de bilis o vómito de cálculos biliares es signo sugestivo de fístula al estómago, aunque estos cálculos pueden venir desde el duodeno (Langley-24) y aun más haber salido por el colédoco al duodeno sin presencia de fístula.

Litcheman (23) cita un caso de Corvoisier en el cual el colédoco se dilató para dejar pasar un cálculo de 10 cm. de diámetro.

La diarrea con bilis abundante o la presencia de cálculos grandes cuyo diámetro se considera inadmisibles de pasar por la válvula ileocecal, se considera sugestivo de presencia de fístula colecistocólica. Bockus (5). La diarrea es debida a Colitis irritativa por el alto contenido biliar en las heces. Bockus (5). Como se mencionó la variedad colecistocólica es la que mas frecuente produce colangitis.

En el caso especial del Ileo biliar y por razones ya expuestas sólo nos referimos someramente a sus síntomas.

La historia previa de enfermedad biliar de mas o menos larga evolución, de cuadros de obstrucción parcial o total recurrentes (Roger-37) (Wangsteen-48) y el establecimiento de signos y síntomas de obstrucción intestinal mecánica habla en favor de ileo biliar.

Teuvo (41) encontró síntomas de obstrucción ileocecal en 2 pacientes  
síntomas de obstrucción pilórica en 2 pacientes.

Todd (44) Encontró 4 casos de ileo biliar en 178 casos de obstrucción  
intestinal. (2.2%)

Diarrea en 4 pacientes

Ictericia en 9 pacientes (3 debidos a cálculos y 6 debidos a Colangitis)

Algunos autores como Marshal (29) sostiene que los síntomas de vesícula biliar disminuyen o desaparecen cuando la fístula biliar interna se instala. El dolor puede decrecer cuando la fístula se forma gracias a enfermedad de la vesícula biliar. En contraste, el dolor puede cambiar sus características si la causa es úlcera péptica.

Marshall (29) encontró el síntoma dolor en 95% de una serie de 41 casos.

-Náuseas en 56.3% de los casos

-Vómitos en 46.3%

-Pérdida de peso en 58% de los casos en la misma serie de 41 casos.

-Intolerancia a grasas en 29%

-Fiebre en 12%

-Diarreas frecuentes en fístulas colecistocólicas.

-Ictericia en 25%

-Obesidad encontrada en 25 casos (61%). Actual o previamente a su ingreso.

Calonje (9) opina que se debe sospechar fístula biliar interna cuando hay dolor abdominal, diarreas y fiebre, siguiendo a un repentino alivio de la sintomatología de vesícula biliar. Otros autores no comparten esta opinión. Puestow (cit. por Bockus-5).

Puede haber sintomatología previa de dolor agudo o urente relacionado con la ingestión alimenticia que pudiera sugerir la etiología de úlcera péptica penetrante a la vesícula o al conducto biliar extrahepático. Kourfias (19).

Entre los signos se han mencionado ya la ictericia y la fiebre. En dos casos se ha mencionado la presencia de masa palpable en hipocondrio, signo que de ningún modo es característico.

La regurgitación de bilis o vómito de cálculos biliares es signo sugestivo de fístula al estómago, aunque estos cálculos pueden venir desde el duodeno (Langley-24) y aun más haber salido por el colédoco al duodeno sin presencia de fístula.

Litcheman (23) cita un caso de Corvoisier en el cual el colédoco se dilató para dejar pasar un cálculo de 10 cm. de diámetro.

La diarrea con bilis abundante o la presencia de cálculos grandes cuyo diámetro se considera inadmisibles de pasar por la válvula ileocecal, se considera sugestivo de presencia de fístula colecistocólica. Bockus (5). La diarrea es debida a Colitis irritativa por el alto contenido biliar en las heces. Bockus (5). Como se mencionó la variedad colecistocólica es la que mas frecuente produce colangitis.

En el caso especial del Ileo biliar y por razones ya expuestas sólo nos referimos someramente a sus síntomas.

La historia previa de enfermedad biliar de mas o menos larga evolución, de cuadros de obstrucción parcial o total recurrentes (Roger-37) (Wangsteen-48) y el establecimiento de signos y síntomas de obstrucción intestinal mecánica habla en favor de ileo biliar.

- Teuvo (41) encontró síntomas de obstrucción ileocecal en 2 pacientes  
síntomas de obstrucción pilórica en 2 pacientes.
- Todd (44) Encontró 4 casos de ileo biliar en 178 casos de obstrucción  
intestinal. (2.2%)

La obstrucción intestinal puede ocurrir raramente sin que haya penetración de cálculo a la luz intestinal.

Foss (12) cita un caso de cálculo que se alojó entre el mesenterio provocando tal grado de inflamación que obliteró la luz intestinal.

Los otros tipos de fístulas biliares a los otros órganos producen síntomas y signos particulares según sea el órgano comprometido.

Así se han observado cuadros de pleuritis, neumonitis con expectoración masiva de bilis en fístulas broncobiliares. Rolleston y Mc Nee citados por Bockus (5), refieren un caso de un paciente que expectoró 700 cc de bilis en 24 horas debido a una fístula broncoóiliar.

También se ha reportado, en caso de fístula a la pelvis renal o vejiga urinaria, la micción de orina con bilis.

DIAGNOSTICO DE LAS FISTULAS BILIARES  
INTERNAS

El diagnóstico de las fístulas biliares internas es raramente logrado antes de la operación o la autopsia.

Taylor (49), en 6 pacientes lo diagnosticó; 3 en sala de operaciones y 2 en sala de autopsias. Solo 1 fue diagnosticado por rayos X preoperatoriamente.

Esto es debido a factores como:

- a) Sintomatología vaga no característica. Wagoneer-44
- b) No se piensa en la enfermedad aun cuando hayan síntomas o signos que la sugieran.

Calonje (90), reporta 22 casos en 15 años de observaciones en el "Charity Hospita, New Orleans Luisiana" de los cuales solo 3 fueron diagnosticados preoperatoriamente (13.6%).

El diagnostico clínico fue hecho en 17% en casos de la clínica Mayo en 30% en casos de New York Hospital. (Glenn-14)

La mayor parte de Fístulas biliares internas fueron sospechadas por medios radiográficos, en aquellos casos en que se diagnosticaron preoperatoriamente.

Borman y Rigler (cit. por Hicken) encontraron que de 267 casos de fístula biliar interna sólo 86 fueron diagnosticados preoperatoriamente y todos ellos por rayos X. (32.4%).

En su serie personal de 24 casos hicieron el diagnóstico correcto preoperatoriamente en 37% de los casos.

LOS ESTUDIOS RADIOGRAFICOS, Pueden ser sugestivos de fistula biliar interna (Moore- 33) si hay:

- a) Ausencia de Cálculos visiculares que habian sido comprobados en estudio radiológico previo.
- b) Presencia de Gas en vesícula biliar o conductos biliares.
- c) Presencia de medio de contraste en vesícula biliar o conductos biliares ya sea en serie Gastroduodenal o en estudio de enema de bario.
- d) Presencia de cálculos biliares aberrantes.

Comentario:

La ausencia de cálculos en vesícula biliar después de haberse comprobado en radiografías previas, según unos autores como Mac. Farlane (25) no es indicio de fistula biliar interna pues los cálculos pueden desaparecer cuando ceden los factores metabólicos que los produjeron, por Ej: el embarazo, o bien despues de tratamiento con coleréticos y/o colagogos.

Ya se mencionó también la posibilidad de que un cálculo puede dilatar el colédoco hasta 10 centímetros de diámetro para salir por la ampolla de Vater sin que haya presencia de fistula biliar interna.

La presencia de Gas en vesícula biliar o conductos biliares es un signo de valor en el diagnostico de fistulas biliares internas Roger (37) Wall (46). Zatzkin (49) en el Meadowbrook hospital encontró Gas en las vías biliares en un estudio radiográfico en el 45% de sus casos. Waggoner (47) presentó 12 casos en los cuales 70% se reveló Gas en vesícula biliar. Es mas frecuente el signo de las fistulas colecistocólicas. Bormann (cita. por Hicken-15) dice que "Los radioló-

gos están tan acostumbrados a ver gas en duodeno y colon que facilmente pueden pasar desapercibido el Gas en las vías biliares". Sethi (39) reporta que de 274 casos de colecistitis aguda se encontró Gas en 6 casos de los cuales 5 eran debidos a fístula biliar interna.

La presencia biliar como signo no es patognomónico, ya que algunas enfermedades tales como la colecistitis enfisematosa o gaseosa por *Clostridium Welchii* hacen aparecer Gas en vesícula biliar en los estudios radiográficos. Zaccone (50) otra entidad que hace ver defectos de radiolucencia en la vesícula biliar, semejante a Gas es la lipomatosis de la vesícula. Banth(2).

#### BARIO EN LA VESÍCULA BILIAR O CONDUCTOS BILIARES .

Bockus (5) cita a Kantor como el que dió a conocer que Carman fué el primero que presentó un caso con este signo radiológico.

El Bario entra a la vesícula biliar o los conductos biliares por el trayecto fistuloso por lo cual se logra visualizar el medio de contraste en estas estructuras, aún después de que el bario ha dejado el segmento intestinal sospechoso de estar comprometido en la lesión. Roger (34), Wall (46). Zarzkin (49) diagnosticó 5 casos por encontrar bario en un estudio de serie Gastroduodenal. Teuvo (41) en 16 casos estudiados radiográficamente en 2 casos encontró bario en vesícula biliar.

Pomeranz (39), presenta un caso diagnosticado preoperatoriamente por bario en vesícula biliar como fístula biliar interna asociado a hepatoma primario del hígado.

En ciertos casos de fístula biliar interna solo se ve en la serie Gastroduodenal el bulbo duodenal deformado lo cual dificulta el diagnóstico. Marshall(2)

El signo de bario en la vesícula biliar no es patognomónico ya que puede haber bario o gas en vías biliares por varias causas:

- a) Regurgitación dentro del colédoco en ausencia de fístula por destrucción de papila de Vater por un cálculo o por cáncer, o bien por haber mantenido un tubo de coledocostomía demasiado largo, por un tiempo prolongado.
- b) Por fístula biliar interna.
- c) Por bocas anastomóticas postoperatorias permeables.

Gilbert (13) presenta 10 casos con Bario o Gas en vesícula biliar:

6 casos por regurgitación de bario por el colédoco.

2 casos por fístula biliar interna,

2 casos por anastomosis bilio-entérica postoperatoria permeable.

Bourgeon (7), presenta dos casos de regurgitación de bario por el esfínter de Oddi debido a la implantación alta del colédoco en el duodeno lo cual no permitía la formación del ángulo normal entre ambos.

En caso de inflamación, úlcera o duodenitis, el reflujo es más fácil.

**LA PRESENCIA DE CALCULOS ABERRANTES:** Se ha visto en estudios simples de abdomen la presencia de cálculos biliares en otros sitios que no son el habitual, lo cual si no son suficientemente pequeños para haber pasado por el colédoco, debe hacer sospechar la existencia de fístula biliar interna.

## TRATAMIENTO

Las distintas conductas terapéuticas quirúrgicas que han empleado los diferentes autores dependen del tipo de fístula, de su etiología, del estado general, del paciente y de otros factores tales como los hallazgos durante la operación, presencia o no de cálculos, adherencias etc.

Hicken (16), en 1946 aconsejaba para las fístulas colecistoduodenales secundarias a enfermedad biliar, individualizar cada caso con estudio colangeográfico durante la operación. Si hay obstrucción del colédoco, colangitis, etc, no toca fístula esperando que ésta cierre espontáneamente después de hacer colecistectomía o coledocostomía. En las fístulas coledocoduodenal es aconseja explorar el colédoco manualmente o por colangeografía durante la operación. Una coledocostomía con remoción de cálculos suele llevar a la fístula a curación por fibrosis. La vesícula se vacía de cálculos solamente o bien, se extirpa en este tiempo quirúrgico.

Este mismo autor Hicken (15) recomendaba para las fístulas colecistocólicas, y con el objeto de evitar las colangitis tan frecuentes en ésta variedad de fístulas, hacer una ileostomía derivativa administración de anticépticos intestinales y observar si la fístula cierra espontáneamente cuando el proceso de colangitis haya cedido. En caso contrario, intervenir quirúrgicamente;

a) Si las vías biliares están permeables: Cerrar la fístula y practicar colecistectomía.

b) Si no son permeables las vías biliares: Coledocostomía con o sin colecistectomía.

El proceso de Colangitis o hepatitis hace peor el pronostico dando una mortalidad de 19% según Mascheroni (30) 1945.

En las fístulas Colecistogástricas puede suceder que éstos sean el único sitio por donde pueda fluír la bilis al tracto gastrointestinal si hay obstrucción del conducto biliar, por lo que no deben cerrarse éstas fístulas hasta comprobarse la permeabilidad de las vias biliares. Si además, la fístula Colecistogastrica- en este caso derivativa- se asocia a una obstrucción pilórica, el contenido gástrico pasa al sistema biliar con producción de colangitis fulminante; en este caso debe hacerse una gastroenteroanastomosis para evitar el reflujo gastrico a la vesicula biliar sin cerrar el trayecto fistuloso a menos que puede permeabilizarse adecuadamente el conducto biliar común, según Hickens (15) 1946.

Kouríás (18) en 1952 reporta haber tratado a cinco pacientes con fístula colecisto duodenal así:

2 pacientes con gastrectomía parcial y colesistectomía

2 pacientes con excisión local de fístula

1 paciente con tratamiento médico para úlcera duodenal, que fué en este caso la enfermedad causal.

Este mismo autor, seis años después aconsejaba en los casos con múltiples adherencias que dificultaba la exploración y la operación, abrir la vesícula, extraer los cálculos, explorar desde adentro de ésta, y practicar colesistectomía anterograda.

En caso de pérdida de sustancia del colédoco, preconizaba la plastía de éste con un colgajo de vesícula biliar.

Teuvo (41) en 1959 reporta haber practicado colescistectomía en 11 de

de sus 18 casos de F.B.I.E debido al mal estado del paciente o al alto grado de inflamación, en los 7 pacientes restantes practicó la coledocostomía y electrocuterización de la mucosa vesicular solamente.

Mallet-Guy (27) recomendó en 1960 practicar la coledocostomía con evacuación de cálculos como único tratamiento.

Si las fístulas son secundarias a úlcera péptica penetrante, Hicken (15) en 1946 aconsejó el tratamiento preconizado por Gray y Sharpe: Resección gástrica, colecistectomía y excisión del trayecto fistuloso o bien el tratamiento de Garland y Brown: resección gástrica esperando que la fístula cierre espontáneamente.

La resección gástrica ayuda a la cicatrización de la úlcera duodenal y al cierre de la fístula ya que aquella está tan próxima al colédoco que cerrada ofrece muchas dificultades técnicas.

En fístulas coledocoduodenales las úlceras de la pared posterior del duodeno hay mucha inflamación que obstruye el conducto biliar. Está indicada una coledocoyeyunostomía además de resección de la úlcera y estómago. Si el paciente está en malas condiciones basta una colecistogastrectomía o colecistoyeyunostomía.

#### TRATAMIENTO PROFILACTICO

Según Hicken (15) (1946) el tratamiento profiláctico consiste en evitar o tratar tempranamente las enfermedades agudas o crónicas, asociadas o no a calculos tengan o no síntomas de la vésicula biliar así como las úlceras y neoplasias del tracto gastrointestinal. Las primeras que son las que nos ocupan en este trabajo como se dijo antes, son la causa mas frecuente de fístulas biliares internas.

TERCERA PARTE

REVISION DE CASOS DE F.B.I. EN EL HOSPITAL  
GENERAL DE GUATEMALA, DURANTE EL LAPSO  
1956-1966 INCLUSIVE.

1. Frecuencia en relación a:

-colecistectomias.

-Sexo

-Edad

-Variedad de fistula

2. Datos clínicos encontrados
3. Diagnóstico
4. Tratamiento.

Stanley Berliner (3) en 1965 hizo énfasis en las indicaciones de colecistectomía profiláctica para evitar otras enfermedades que pueden derivarse de procesos patológicos agudos o crónicos del sistema biliar, la pancreatitis aguda, la perforación y el cáncer de la vesícula biliar.

TERCERA PARTE:

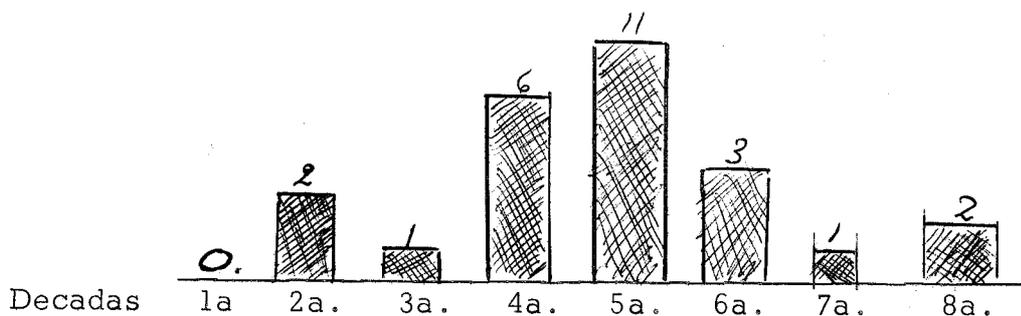
REVISION DE CASOS DE FISTULA BILIAR INTERNA  
EN EL HOSPITAL GENERAL DURANTE 11 AÑOS.

Durante el período de 11 años de 1956 a 1966, se encontraron 3 854 colecistectomías de las cuales 26 fueron diagnosticadas postoperatoriamente como fístulas biliares internas espontáneas al tracto gastrointestinal, lo que hace un porcentaje de 0.67%

SEXO: De estos casos correspondieron 25 a pacientes del sexo femenino (96%) y un caso a paciente del sexo masculino (4%) o sea un proporción de (25/1).

EDAD: La distribución de fístulas biliares internas por edad fué la siguiente:

1a. Decada.....	0
2a. " .....	2
3a. " .....	1
4a. " .....	6
5a. " .....	11
6a. " .....	3
7a. " .....	1
8a. " .....	2



Las variedades de fístulas biliares internas encontradas dieron con sus respectivo porcentajes:

Fístulas colecistoduodenales-----	18	- 69.2%
Fístulas colecistocólicas-----	6	- 23.2%
Fístulas colecistogástricas.....	0	- 0%
Fístulas colédocoduodenal-----	1	- 3.8%
Fístulas colecistoyeyunal-----	1	- 3.8%;

No se encontró ningún caso de fístula colecistocolédociana ni de los otros tipos que se mencionan en capítulo anterior. Se encontraron dos casos de fístula colecistogástrica pero no se describieran por ser secundarias a enfermedad gastrointestinal. Un caso de fístula y un caso por cáncer de estómago.

#### DATOS CLINICOS ENCONTRADOS

Como se dijo anteriormente, los síntomas de fístula biliar interna al tracto Gastrointestinal son vagos y se confunden con los de las enfermedades causales lo cual dificulta y retrasa el diagnóstico.

La revisión de los casos de fístula biliar interna encontrados en el Hos-

pital General San Juan de Dios de Guatemala, durante el período de 1956-66, se encuentran los síntomas y signos de frecuencia.

Dolor en hiponcrio derecho-----	26 casos - 100%
Ictericia-----	8 casos - 37%
Fiebre-----	8 casos - 37%
Náusea y vómito-----	7 Casos - 26.9%
Expulsión de cálculo por el recto-----	1 caso - 3.8%
Diarrea-----	4 casos - 15.4%
Masa palpable en hipocondrio-----	3 casos - 11.5%

El dolor en hipocondrio derecho se presentó en todos los pacientes generalmente durante un tiempo prolongado antes de su ingreso al hospital. Se registró disminución de su intensidad en un caso, y también en un solo caso, se menciona aumento de las molestias dos meses antes de su ingreso después de 30 años de padecer la paciente de dolor en hipocondrio derecho. El dolor generalmente va asociado a intolerancia de las grasas.

La Ictericia se encontró en 8 casos (37%) con un tiempo de apareamiento que varía de 15 días a 15 años antes de su ingreso y con una duración también variable.

Ninguno de los casos presentaba ictericia en el momento de su ingreso al hospital.

La fiebre Se presentó en 8 casos (37%):

en 3 casos se asoció a cálculos en el colédoco

en 1 caso se asoció a piocolecisto.

en 1 caso se asoció a fístula colecistocólica con presencia de un cálculo

los y heces duras en la vesícula.

Náusea y vómito en 7 casos (26.9%).

Expulsión de cálculos por el recto en 1 caso que según el paciente, aquel era del tamaño de un "un jocote" (3.5 cm aprox.) hacía 15 años. Se diagnosticó fístula colecistoduodenal y cálculo enclavado en colédoco. Nunca presentó ictericia.

Diarrea, se presentó en 4 casos (15.4%)

3 de los cuales se presentaron en fístulas colecistoduodenal.

1 caso en fístula colecistocólica.

La evolución de éste síntoma varió entre 5 años (en la fístula colecistocólica (esporádicamente) y 5 días.

Masa palpable en hipocondrio se presentó en 3 casos (11.5%)

en 2 casos de fístula colecistocólica, en uno de los cuales se sospechó piocolecisto y en otro se encontró vesícula biliar conteniendo cálculo y heces duras.

en 1 caso de fístula colecistoduodenal presentó masa en hipocondrio derecho que fué decreciendo de tamaño paulatinamente.

Una de las pacientes a quien le fué diagnosticada fístula coledocoduodenal tenía antecedente de colecistectomía previa hacía 12 años.

El intervalo de tiempo entre el inicio aparente de los síntomas y el ingreso al hospital varía enormemente pero siempre se nota lo insidioso del comienzo y la larga evolución del proceso. En algunos casos hay acentuación de los síntomas de poco tiempo de duración, que se suman a molestias vagas o intensas de mayor tiempo de evolución.

Los casos de fístula biliar interna espontánea encontrados varían en su tiempo de evolución así:

pacientes con menos de un mes de síntomas gastrointestinales 2 casos

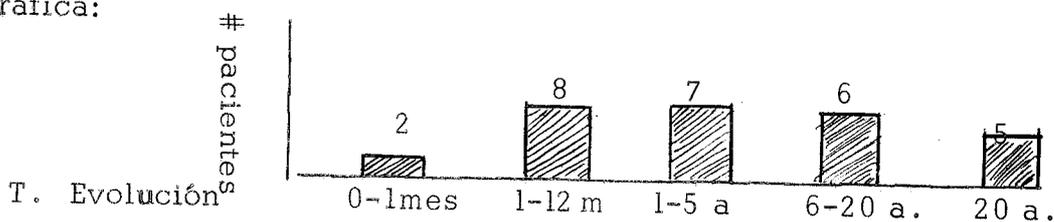
pacientes con tiempo de evolución entre 1 y 12 meses----- 6

Pacientes con tiempo de evolución de 1 a 5 años----- 7

pacientes con tiempo de evolución entre 6 a 20 años----- 6

pacientes con tiempo de evolución mayor de 20 años----- 5

Gráfica:



Se presentó un caso de una paciente que tuvo síntomas de dolor en hipocondrio derecho, náusea y vómito de 2 días de evolución a quien se diagnosticó colecistitis aguda encontrándose en la mesa de operaciones, una vesícula con inflamación aguda, múltiples adherencias y fístula colecistocólica que fue asintomática hasta que probablemente sirvió de entrada a infección a la vesícula biliar.

Por el contrario se encontró un caso de una paciente con historia de 30 años de evolución de dolor en hipocondrio derecho e intolerancia a las comidas grasosas y que 2 meses antes había notado aumento de dolor y apareamiento de diarrea líquida de 3 a 4 veces diarias, Se le diagnosticó fístula colecistoduodenal.

### DIAGNOSTICO

Los diagnósticos preoperatorios son un poco frecuentes como se expuso en capítulos anteriores, y se dió un porcentaje de éstos, según los diferentes autores.

En nuestro estudio se encontró que de 26 casos, el diagnóstico preoperatorio de Fístulas Biliares Internas fué hecho en 5 casos (19.2%), todos ellos por estudio radiológico el cual será descrito mas adelante.

En los 21 casos restantes de fístula biliar interna se hizo diagnóstico preoperatorio de:

Colecistitis crónica cálculosa en	18 casos	86%
Colecistitis aguda en	1 caso	4.7%
Piocolécisto en	1 caso	4.7%
Coledocolitiasis en	3 casos	14.2%
Abceso hepático en	2 casos	9.4%

Algunos de éstos diagnósticos estaban asociados.

EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO Se hizo en 5 casos 19.2%

1 caso con informe radiológico de "bario" en vías biliares

4 casos con informe radiológico de "Gas en vías biliares".

En 4 casos mas, el informe radiológico no fue concluyente para el diagnóstico:

1 Caso: "Sospecha de burbujas gaseosas" se diagnosticó fístula colecistoduodenal, postoperatoriamente.

1 Caso: "Sospecha de sombras en vesícula" se diagnóstico postoperatoriamente fístula colecistoduodenal.

2 Casos: "Deformación del bulbo duodenal" en uno se diagnóstico co fístula colecistoduodenla y en otro caso se comprobó fístula colecistocólica con pericolecistitis.

### TRATAMIENTO

En 26 casos de fístula biliar interna se practicaron las operaciones siguientes:

Cierre de fístula-----	25 casos	96.1%
Colecistectomía-----	10 casos	38.4%
Coledocostomía-----	2 casos	7.6%
Colecistectomía y coledocostomía-----	14 casos	53.8%

Todas las colecistectomías fueron seguidas de cierre de fístula:

En fístula colecístduodenal-----	5 casos
En fístula colecistocólica-----	4 casos
En fístula colecístayeyuneal-----	1 caso

La coledocostómía que se hizo en 2 casos:

en 1 caso de fístula colecístduodenal con veícula atrófica que se dejó,  
en 1 caso de fístula colédocoduodenal en paciente. colecistectomizada  
12 años antes.

Se hizo colecistectomía mas coledocostomía en 14 casos seguidos de cierre de fístula.

De los casos en que se hizo colecistectomía, mas coledocostomía la primera operación se practicó por vía anterógrada por dificultad técnica para practicarla a partir del Hilio debido a múltiples adherencias al rededor de éste.

CUARTA PARTE

DISCUSION

En las fístulas biliares Internas espontáneas al tracto gastrointestinal encontradas en nuestra tesis se estudia la edad, el sexo del paciente, la sintomatología, el tiempo de evolución del proceso, diagnóstico y tratamiento quirúrgico con el objeto de comparar todos estos datos con los hallazgos descritos por otros autores.

En lo que se refiere a la frecuencia de F.B.I.E. en proporción a operaciones realizadas sobre vesícula biliar y conductos biliares se nota que la relación en nuestro estudio es muy baja ya que encontramos 26 casos en 3,854 colecistectomías o sea 0.67%. Algunos autores encuentran relación que varía desde 1.2 a 3.16%. En realidad no sabemos a que atribuir la baja incidencia, dada la frecuencia de la colecistitis crónica en nuestro medio y que un gran número de casos, talvez la mayoría, no llegan a la operación sino después de años de evolución cuando han sobrevivido muchas complicaciones. Queda la posibilidad que se hayan escapado al cirujano en el momento de la operación o que las F.B.I.E. no se hayan descrito en los registros operatorios.

LA DISTRIBUCION POR SEXOS en nuestro estudio fué con una relación de 25 mujeres por 1 hombre (o sea 4% en el sexo masculino). En la literatura se menciona al sexo masculino como constituyendo desde el 26.6 al 33% de pacientes con F.B.I.E.

La mayor incidencia en las mujeres se debe a que los cálculos y procesos inflamatorios vesiculares son mas frecuentes en ellas y por lo tanto constituye la causa predisponente principal de las F.B.I.E. La incidencia de colecistitis cróni-

ca es de 3 a 4 veces mas frecuente en la mujer que en el hombre.

LA EDAD de los pacientes de nuestras observaciones fue menor que la reportada en la literatura consultada. En nuestro medio la edad de mayor incidencia de F.B.I.E. fue la 5a. década o sea entre 40 y 50 años le siguió la 4a. década entre 30 y 40 años encontrandose 6 casos. Hay notable contraste entre las edades de mayor frecuencia de F.B.I.E. en otras latitudes, ya que varios autores reportan la 6a., 7a., y 8a. décadas.

LAS VARIEDADES de F.B.I.E son comparables tanto las hayadas en nuestra investigación de casos reportados en la literatura como las encontradas en nuestros casos.

Las fístulas colecistoduodenales de nuestra serie constituyeron el 69% del total. Se encuentran reportadas en la literatura desde 30 a 83.4% de fístulas biliares internas al duodeno.

Las fístulas colecistocólicas de nuestra serie constituyeron el 23% comparadas a la frecuencia de otras series extranjeras que oscilan entre 20 a 7.5% siendo la mayor parte de reportes al rededor de 26%.

Las fístulas coledocoduodenales fueron encontradas en nuestra serie constituyendo el 3.8% de 26 casos. Un autor cita en 8.4% de su serie.

Fístula colecistoyeyunal fue encontrada en 1 caso (3.8%)

Fístula colecistogástrica.....

En nuestra revisión de casos de fístula biliares internas no encontramos casos de Ileo biliar colangitis o hemorragia gastrointestinal. Desde luego queda la posibilidad de que en los archivos no hayan quedado registradas estas complicaciones.

Respecto a la sintomatología hay paralelismo entre nuestra serie y la de otros investigadores:

El dolor en hipocondrio derecho, la ictericia, la fiebre, la nausea y los vómitos son, en ese orden, los síntomas mas frecuentes.

Hay también relación en lo que respecta a la larga evolución del proceso.

EL DIAGNOSTICO en nuestra serie se hizo en 19% de los casos, todos aquellos por estudio radiológico. Pudo haber sido mayor el porcentaje pero no se pensó en el diagnóstico ya que el estudio radiológico era sugestivo. Otros autores reportan el diagnóstico preoperatorio en un porcentaje que varía de 13 a 32%.

EL TRATAMIENTO De las fístulas biliares internas espontáneas sin complicaciones, al tracto gastrointestinal es de suma importancia ya que, por un lado, alivian en la mayoría de las veces la sintomatología a que puedan dar origen y evitan por otro lado, las complicaciones que puedan sobre venir mas tarde como el Ileo biliar y la colangitis ascendente.

Algunos autores, como se mencionó, avogan por el tratamiento de la enfermedad calculosa crónica aún asintomática, como preventivo de enfermedades que, como la fístula biliar interna, pueden ocasionalmente aparecer como complicaciones de aquellas por ejemplo el cáncer de vesícula, pancreatitis etc. Rhoads (26) asegura que la frecuencia de cáncer de la vesícula, entre portadores de cálculos vesiculares mas de 50 años de edad, es de 1.42%, y que hay cálculos vesiculares en 73% de casos de cáncer de la vesícula biliar.

En la literatura consultada se menciona tratamientos tan variados que van desde el cierre de la fístula acompañada de colecistectomía hasta la coledocostomía simple con remoción de cálculos como único tratamiento. Se menciona así mismo el tratamiento en caso de F.B.I. secundarios a enfermedad gastrointestinal, y en casos en los cuales hay circunstancias que complican la decisión de la conducta terapéutica a seguir, tales como la coincidencia de F.B.I. al estómago, obstrucción del colédoco y estenosis pilórica.

En nuestro estudio hubo tendencia a practicar la colecistectomía además del cierre de la fístula salvo en los 2 casos en que se practicó coledocostomía.

Entre los casos de colecistectomía hubo algunos en que se asoció a ésta la coledocostomía.

QUINTA PARTE

CONCLUSIONES

A: del tema en general

- 1.- Las F.B.I.E al tracto Gastro intestinal son de baja frecuencia en relación al número de casos de enfermedad calculosa.
- 2.- La mayor incidencia de F.B.I en mujeres y en las decadas avanzadas de la vida, guardan paralelismo con la de la enfermedad calculosa.
- 3.- La sintomatología es vaga y el diagnóstico preoperatorio es poco frecuente, siendo hecho éste, eminentemente por medios radiográficos.
- 4.- Las F.B.I pueden dar origen a complicaciones serias (colangitis, ileo por calculo, etc) cuyo diagnóstico se retrasa y el pronóstico empeora por desconocer la entidad clínica de las F.B.I.
- 5.- El tratamiento puede ser preventivo si se tratan precozmente las enfermedades predisponentes especialmente la colecistitis calculosa y curativo si se trata la fístula ya formada para evitar complicaciones secundarias.

B: De nuestra tesis:

- 1.- Las F.B.I.E al tracto gastrointestinal encontradas durante nuestro estudio, guardan las mismas características (frecuencia, por sexo, edad, variedad de fístula, sintomatología) que las series encontradas en la literatura consultada, 0.67% en 3854 colecistectomías.
- 2.- El diagnóstico preoperatorio se hizo en la misma proporción que el promedio de diagnóstico hecho por otros autores antes de la operación. 19%
- 3.- El diagnóstico preoperatorio pudo haber sido mas frecuente 34.6% si se hubiera tenido en mente la entidad patológica, ya que el estudio radiográfico preoperatorio fué sugestivo en 4 casos más diagnosticados durante la operación.
- 4.- El tratamiento realizado fue el mas fisiológico: Cierre de la fístula y colecistectomía, acompañando a ésta operación, la permeabilización de los conductos biliares con o sin derivación de su fluido (coledocostomía) en forma temporal.

## SUMARIO

Se presenta ésta tesis para dar a conocer mas ampliamente el cuadro patológico conocido como: FISTULA BILIAR INTERNA AL TRACTO GASTROINTESTINAL secundaria a enfermedades del sistema biliar e inclusión del ileo bilioso.

Se hace una revisión de la literatura de los casos reportados desde 1941 hasta la fecha; y una investigación de los 26 casos que se han diagnosticado en el Hospital General de Guatemala durante el lapso de 1956 a 1966 inclusive.

oooOOOooo

SEXTA PARTE

BIBLIOGRAFIA

1. Adams, R. and Stranahan. Cholecystitis and colelithiasis. Surg. Gynec.& Obst. 84(6) :776. 1947.
2. Banth, Earl and Abraham H. Cannon. Biliary internal - fistulas. Q. Bull. Northwest Univ.M.School.23:8. 1949.( original no consultado compendiado en Abst Surg. Gynec.& Obst. 89(5):464. 1949)
3. Berliner, Stanley et al. Reparation in one time of cholecystoduodenal fistula. Arch. Surg. 90:343.1965 - ( original no consultado compendiado en Abst,Surg. Gynec.& Obst. 121(2):422. 1965.)
4. Bianco, Arturo and Mario Smareglia. Spontaneous intestinal biliary fistulas. Ann. Ital. chirurg. 36:823.1959. ( original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 111 (2):154.1960.)
5. Bockus, Henry L. Gastroenterology. III. Liver, biliary -- tract & pancreas. Philadelphia Pa., Saunders. 1946. - pp. 698-709.
6. Borman, C.N. and J.F. Noble. Obstruction due to Gallstone. J.A.M.A. 117:1753. 1941.
7. Bourgeon, R. and J.R. D'Eshouges. Ulcère duodénal et im-  
plantación haute du cholédoque. Ann. Chir. 13: -  
1379. 1959. ( original no consultado compendiado  
en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 111 (1):41.1960.)
8. Brown, Pierport and Pierce Dixon. Complications of Gall-  
stones. J. Med. Ass (Georgia) 48:455.1959 ( origi-  
nal no consultado compendiado en Abst. Gynec. & -  
Obst. 111(3):265. 1960).
9. Calonje, Mario et Al. Internal biliary fistulas. J.A.M.A. 179:198.1962.

10. Cowley, Leonard and Henry Harkins. Perforation of gallbladder. Surg. Gynec. & Obst. 77(6):683. 1943.
11. Domke, H. Diagnosis of internal biliary fistula. Fortsch Roentgenstrhal. 94:608. 1961. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 113(4):364. 1961.).
12. Foss, H.L. and J.D. Summers. Intestinal obstruction due to gallstones. Ann. Surg. 11:721. 1942. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 75(3):239. 1942).
13. Gilbert, M. et al. Significations of gas or bario in biliary tract. Brit. J. Radiol. 27:253. 1954. - (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 100(3):300. 1955).
14. Glenn, Frank. Biliary enteric fistulas. Surg. Gynec. & Obst. 105(6):693-705. 1957.
15. Hicken, Frederick and Q.B. Coray. Spontaneous Gastrointestinal biliary fistula. Surg. Gynec. & Obst. 82(6):723-730. 1946.
16. Hinchey, P.R. Gallstone ileus. Arch. Surg. 46:9.1943. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 76(6):535. 1943).
17. Holm-Nielsen, P. and P. Linnet-Jepsen. Colon Obstruction caused by gallstones. Acta Chir. Scand. 107:31. 1954. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 100(1):67. 1955.)
18. Kourías, Basile. Fistulas biliares internas de origen ulceroso. J. Chir. Par. 68:89. 1952. (original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 95(3):260. 1952).

19. \_\_\_\_\_ . Spontaneous gastrointestinal biliary fistulas complicating duodenal ulcer. Surg. Gynec. & Obst. 119(6):1013-1018. 1964.
20. \_\_\_\_\_ . Recognition of internal spontaneous biliary fistulas. Chirurg. 31:241. 1960. (original no consultado compendiado en Abst. Surg. - Gynec. & Obst. 111(5):453. 1960).
21. \_\_\_\_\_ . Fistulas Biliaires Spontaneés d'origine lithiasique. J. Chir. Par. 75:23. 1958. (original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 108(5):423. 1959.)
22. Kozoll, Donald et al. Pathologic correlations of gallstones. Arch. Surg. 79:514. 1959. (original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 11(4):368.1960).
23. Litchman, S.S. Internal biliary fistulas. Diseases of the liver, gallbladder and bile ducts. Philadelphia, Lea & Febiger, 1942. pp. 811-813.
24. Longley, Neill et al. Research roentgenografic in cases of gallstones in stomach. Surgery 49:719. 1961. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 113(4):363. 1961).
25. Mac Farlane, Ralph. Disappearance of Demonstrated gallstones. Arch. Surg. 88:1003. 1964. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 119(5):1170. 1964).
26. Rhoads, Jonathan. Hígado, vesícula y vías biliares Principios y practica de cirugia. Mexico, editorial Interamericana. 1965. pp. 597-623.

27. Mallet-Guy, p. and Cl. Roget. Les fistules cholécystocholédociennes. Lyon Chir. 56:231. 1960. (Original no consultado compendiado en Abst. - Surg. Gynec. & Obst. 111(4):36. 1960.
28. Markgraf, Wolfgang. Traumatic hemobilia associated to hepatoportal biliary fistula. Arch. Surg. (Chicago) 81:860. 1960. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 112(5):46. 1961.).
29. Marshall, Samuel et al. Spontaneous biliary fistulas. Clinicas quirurgicas de Norte America. Junio 1958. pp. 679-691.
30. Mascheroni, H. A. et al. Fistulas biliares internas. Prensa Med. Argent. 32:2397. 1945. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & - Obst. 82(6):1493. 1946).
31. Mirizzi, P.L. Fistules biliaires spontaneés. J. - Chir., Par. 68:32. 1952. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 95(2):158. 1952).
32. \_\_\_\_\_ . Calculus perforating cholecystitis biliointestinal fistula. Prensa Med. Argent. 33:387. 1946. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 83(5):468. 1946.
33. Moore, Thomas et al. Operative and radiologic relief of gallstone intestinal obstruction. Surg. Gynec. & Obst. 116(2):189-195. 1963.
34. Pomeranz, R. et al. Spontaneous Cholecystoduodenal fistula in a patient with primary hepatoma. Radiology 43:582. 1944. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 81(1):78. 1945).

35. Puestow, C.B. Spontaneous internal biliary fistulas  
Ann. Surg. 115:1043. 1942. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 75(5):453. 1942.)
36. Raiford, Theodore. Intestinal obstruction due to gallstones. Ann. Surg. 153:830. 1961. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 113(5):463. 1961).
37. Roger, Frank. Recurrent ileus due to gallstones. Am. J. Surg. 96:379. 1958. (original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 108(5):472. 1959.)
38. Rominger, Jules and Christopher Canino. Internal biliary fistulas. Am. J. Roentg. 90:835. 1963. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 118(3):673. 1964).
39. Sethi, R. Chirurgical management of cholecystitis. Arch. Surg. 82:366. 1961. (Original no consultado compendiado en Abst. Gynec. & Obst. 113(3):259. 1961).
40. Smith, Robert. et al. A five years study of chole-docolitiasis. Surg. Gynec & obst. 116(6):731-740 1963.)
41. Teuvo, K.I. Spontaneous internal biliary fistulas. Acta Chir. Scand. 114:425. 1958. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 108(2):156. 1959).
42. Taylor, W.B. Internal biliary fistulas. Canad. Med. Ass. J. 47:332. 1942. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 76(3):241. 1943.)

43. Thomas, Stephens et al. Gallstone ileus. J.A.M.A. 179:625. 1962.
44. Todd, Eugene. Management of intestinal obstruction J. Kentucky M. Ass. 57:417. 1959. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 110(1):120. 1960.
45. Velasco, Carlos. Fistulas biliobiliares. Boletin Sociedad cirugia. 44:288. 1960. (original no - consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 111(6):545. 1960.
46. Wall, Norman and Grafton Smith. Spontaneous biliary fistulas. Missouri Med. 56:523. 1959. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 109(5):480. 1959).
47. Waggoner, Charles. Aspects clinic and radiologic of internal biliary fistulas. Radiology 53:31. 1949. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 90(1):101. 1950).
48. Wangesteen, Owen. New Operative techniques in the management of bowel obstruction. Surg. Gynec. & Obst. 75(6):675-682. 1942.
49. Zatzkin, Herbert. Roentgen diagnosis of spontaneous internal biliary fistulas and gallstone ileus. Surg. Gynec. & Obst. 102(2):234-238.
50. Zaccone, Giovanni. Colecistitis gaseosa aguda. Radiol. Med. 37:622. 1951. (Original no consultado compendiado en Abst. Surg. Gynec. & Obst. 94(3):246. 1952).

Vo.Bo.

*Ruth de Amaya*  
Ruth de Amaya.  
Bibliotecaria.  
Facultad de Medicina.



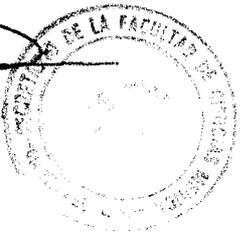
~~Br. JOHNE ARTURO PAREDES MENDIA~~

*E. Arzu*  
CARTÓS EDUARDO SPIRU  
ASESOR

*(R)E*  
DR. RODOLFO PINZON  
REVISOR

*Rodolfo Sojis Hegel*  
DR. RODOLFO SOJIS HEGEL.  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE

*Ernesto Alarcon*  
Dr. Ernesto Alarcon  
SECRETARIO



*Julio de Leon*  
Dr. Julio de Leon  
DECANO

