

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FISTULAS BILIARES
(INCIDENCIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO)

EDUARDO RENE MENDEZ SOSA

GUATEMALA, MAYO DE 1978

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

FISTULAS BILIARES
(INCIDENCIA, DIAGNOSTICO, TRATAMIENTO)

TESIS

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

Por:

EDUARDO RENE MENDEZ SOSA

En el acto de su investidura de:

MEDICO Y CIRUJANO

GUATEMALA, MAYO DE 1978

PLAN DE TESIS

- 1.- Introducción.
- 2.- Objetivos.
- 3.- Hipótesis
- 4.- Justificación.
- 5.- Material y Métodos
- 6.- Definiciones.
- 7.- Clasificación Anatómica de las Fístulas.
- 8.- Etiología.
- 9.- Incidencia.
- 10.- Sintomatología.
- 11.- Métodos Diagnósticos.
- 12.- Diagnóstico.
- 13.- Tratamiento.
- 14.- Presentación de Casos.
- 15.- Discusión.
- 16.- Conclusiones.
- 17.- Recomendaciones.

I INTRODUCCION:

El presente trabajo encierra un estudio clínico y crítico acerca de los problemas hepáticos, que en la mayoría de los casos pasan inadvertidos, especialmente las fístulas de las vías biliares, las cuales encierran una entidad clínica poco común en nuestro medio y que por ende han sido pobremente estudiadas.

El presente estudio está basado en una revisión de libros de sala de operaciones y de patología del Hospital General San Juan de Dios durante los últimos diez años y nos permite poner de manifiesto la incidencia, el diagnóstico y el tratamiento de dichos problemas. Al mismo tiempo quiero hacer notar la necesidad de estudiar mejor a cada uno de los pacientes antes de ser operados, ya que en nuestro medio debemos usar adecuadamente los medios diagnósticos con que contamos a fin de dar a cada quien un tratamiento adecuado y precoz.

Además, dejo este pequeño trabajo para referencias ulteriores de profesionales y estudiantes que se interesen en el campo que tratamos aquí.

II OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Conocer la incidencia de fístulas biliares en el Hospital General San Juan de Dios.
- 2.- Conocer experiencias extranjeras de acuerdo al manejo de dichos casos.
- 3.- Establecer los cuadros clínicos.
- 4.- Mejorar los métodos diagnósticos.
- 5.- Estandarizar los métodos de tratamiento.

ESPECIFICOS:

- 1.- Determinar las causas de las fístulas biliares.
- 2.- Determinar las características de las fístulas biliares.
- 3.- Conocer el manejo preoperatorio y los métodos diagnósticos para determinar las causas de las fístulas biliares.
- 4.- Demostrar el lugar de las fístulas en la cirugía de vías biliares.

III HIPOTESIS

- 1.- La incidencia de fístulas biliares es alta; porque su diagnóstico y manejo no se ha estandarizado.
- 2.- El manejo de las fístulas biliares es uno para todas y hay diferentes tipos de abordaje para cada uno.
- 3.- En nuestro medio los métodos radiológicos son la única forma de dar un diagnóstico preoperatorio.
- 4.- Hay factores como la edad, el sexo, o enfermedades concomitantes que predisponen a las fístulas.
- 5.- Para cada variante anatómica hay algún método clínico o radiológico, para diferenciarla de las demás.

IV JUSTIFICACION:

Motivado por la carencia y conocimiento exacto de la incidencia de fístula Biliar en Guatemala, y con la esperanza de encontrar una respuesta a una serie de interrogantes relacionadas con estos padecimientos de las vías biliares, me dediqué a efectuar este pequeño trabajo, haciendo una revisión a lo largo de diez años en el Hospital General San Juan de Dios, ya que muchos son los pacientes que frecuentemente se quejan de cólico biliar, intolerancia a comidas con grasa, náusea, vómitos, fiebre, diarrea, etc., sugiriendo patología del árbol biliar.

Algunos de éstos pacientes, han sido estudiados adecuadamente, otros someramente, y algunos no han sido estudiados.

Entre los grupos mencionados anteriormente, algunos han sido diagnosticados en forma adecuada, y en otros se ha cometido un error diagnóstico, debido a veces al poco tiempo o a la falta de interés del facultativo tratante y algunas veces también por la falta de métodos adecuados para hacer un diagnóstico correcto.

Nosotros consideramos que, aunque la incidencia de fístulas biliares internas es baja, no solo en nuestro medio, sino a nivel mundial, debe hacerse notar la importancia que reviste ésta entidad con el objeto de que en futuras oportunidades pongamos más interés, más voluntad y apliquemos con mayor certeza nuestros conocimientos prácticos a efecto de mejorar el tratamiento, el diagnóstico y la sobrevida de este tipo de pacientes.

V MATERIAL Y METODOS

A: MATERIAL

Para la realización del presente trabajo se utilizaron los siguientes recursos del Hospital General San Juan de Dios, durante los años comprendidos entre 1968 a 1977.

- 1.- Libros de sala de operaciones.
- 2.- Archivo de registros clínicos.
- 3.- Archivo de patología "Dr. Carlos Martínez Durán".
- 4.- Archivo del Departamento de Radiología.

Además se consultaron las siguientes bibliotecas.

- 1.- Biblioteca Central de la Universidad de San Carlos de Guatemala.
- 2.- Biblioteca del Hospital General San Juan de Dios.
- 3.- Biblioteca del Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

B. METODO

El trabajo es un estudio retrospectivo de los casos de fístulas biliares que fueron tratadas en el Hospital General San Juan de Dios. Para tal efecto se revisaron los registros clínicos de cada paciente, de donde se obtuvieron los datos. Los parámetros estudiados comprenden: edad, sexo, signos y síntomas, métodos diagnósticos, y tratamiento efectuado.

Se completó este estudio con una revisión de la literatura mundial aparecida desde el año de 1946 hasta la presente fecha.

VI DEFINICION GENERAL

Se denomina fístula biliar, a la comunicación o comunicaciones anormales de las vías biliares a ellas mismas o a otros órganos o sistemas cercanos en el abdomen o tórax. Se caracterizan por la formación de una nueva comunicación fuertemente adherida al órgano que interesa.

DEFINICIONES

Fístula Biliar Externa:

Es el drenaje de la bilis a la piel.

Fístula Biliar Interna:

Comunicación anormal de las vías biliares a otros órganos.

Fístula Colecistogástrica:

Comunicación anormal de la vesícula biliar al estómago.

Fístula Colecistocólica:

Comunicación anormal de la vesícula biliar al colon.

Fístula Colecistoduodenal:

Comunicación anormal a la vesícula biliar al duodeno.

Fístula Colédocoduodenal:

Comunicación anormal del conducto colédoco al duodeno.

Fístula Colecistocolédociana:

Comunicación anormal del conducto colédoco a la vesícula biliar.

Fístula Espontánea:

Es toda comunicación anormal que se establece entre las vías biliares y otros órganos, secundaria a procesos infecciosos, neoplásicos o inflamatorios.

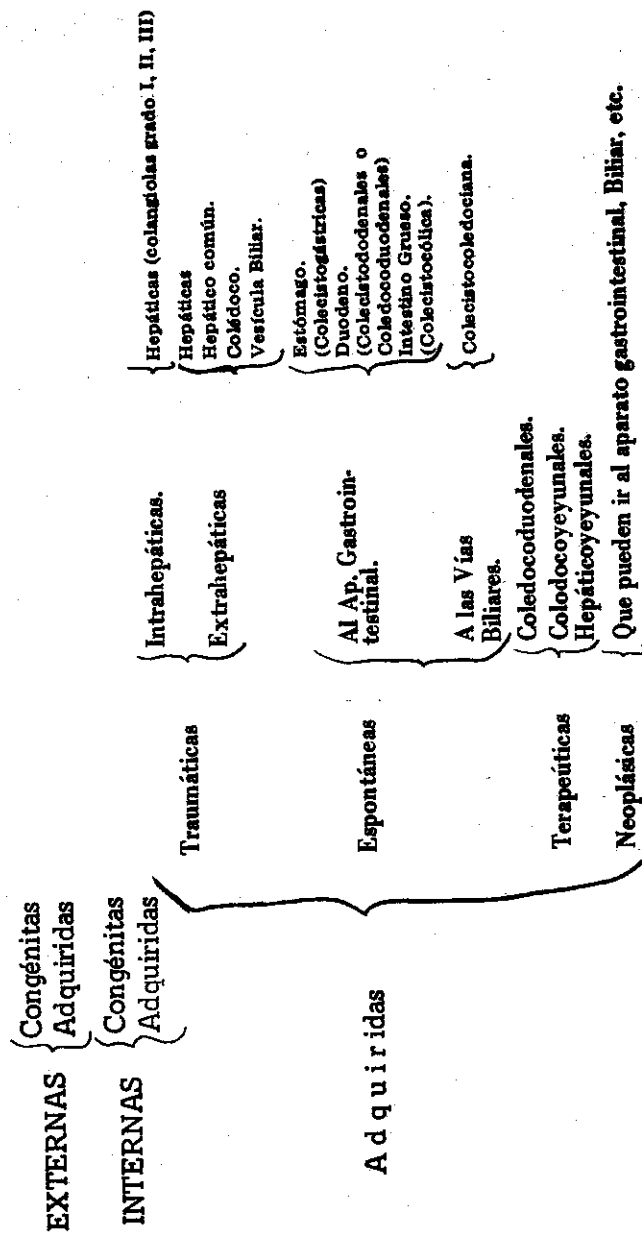
Fístula Traumática.

Es la comunicación anormal, secundaria a heridas por agentes externos.

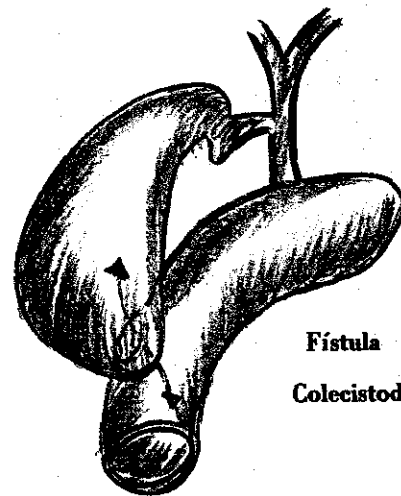
Fístula Terapéutica:

Todas aquellas fístulas producidas por el cirujano a fin de favorecer el paso de la bilis en los procesos obstructivos de las vías biliares.

CLASIFICACION:

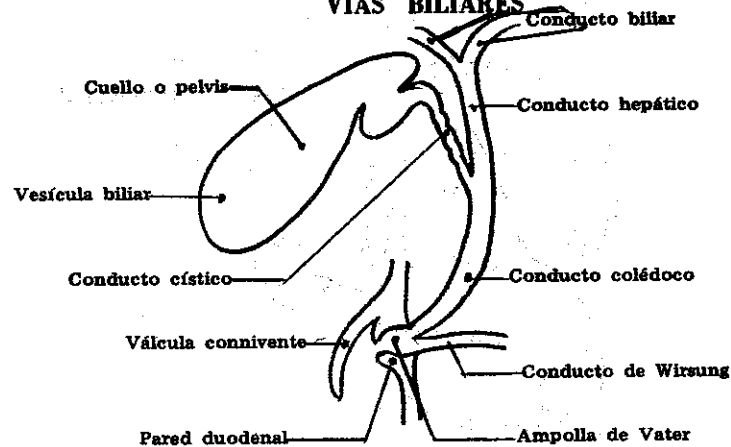


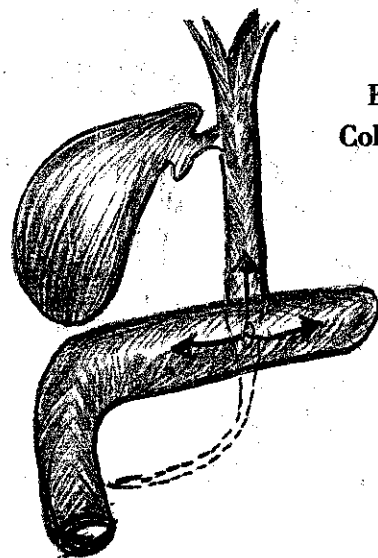
Aunque pueden existir fístulas hacia otros sistemas, como por ejemplo el aparato cardiovascular, al respiratorio, al genital etc., no las trataremos aquí, por ser entidades sumamente raras y además, porque en este trabajo no encontramos ninguna de ellas.



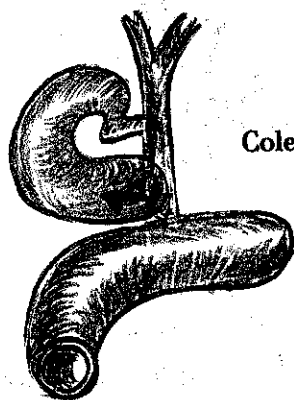
Fístula
Colecistoduodenal

ANATOMIA NORMAL VIAS BILIARES

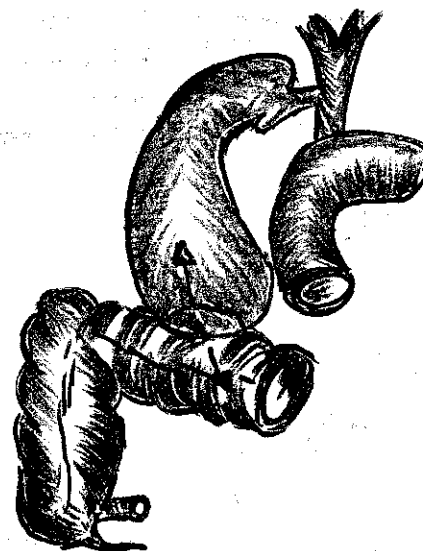




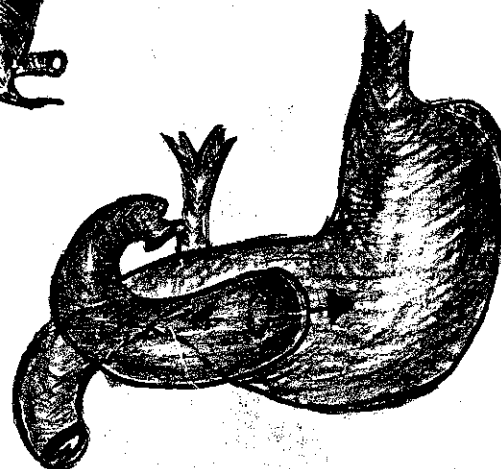
Fístula
Coledocoduodenal



Fístula
Colecistocoleciana

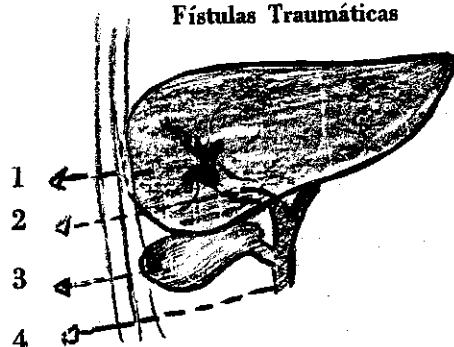


Fístula
Colecistocólica



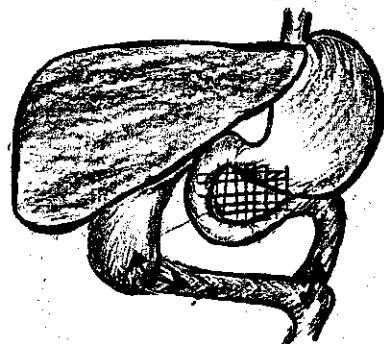
Fístula
Colecistogástrica

Fístulas Traumáticas



1. Colangiocutanea
2. Hepático cutanea
3. Colecistocutanea
4. Coledococutanea

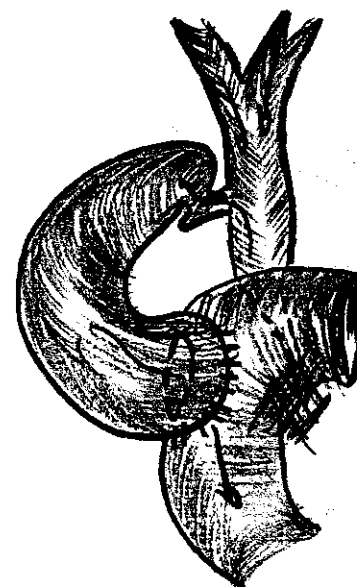
Fístulas Terapéuticas



Y de Roux

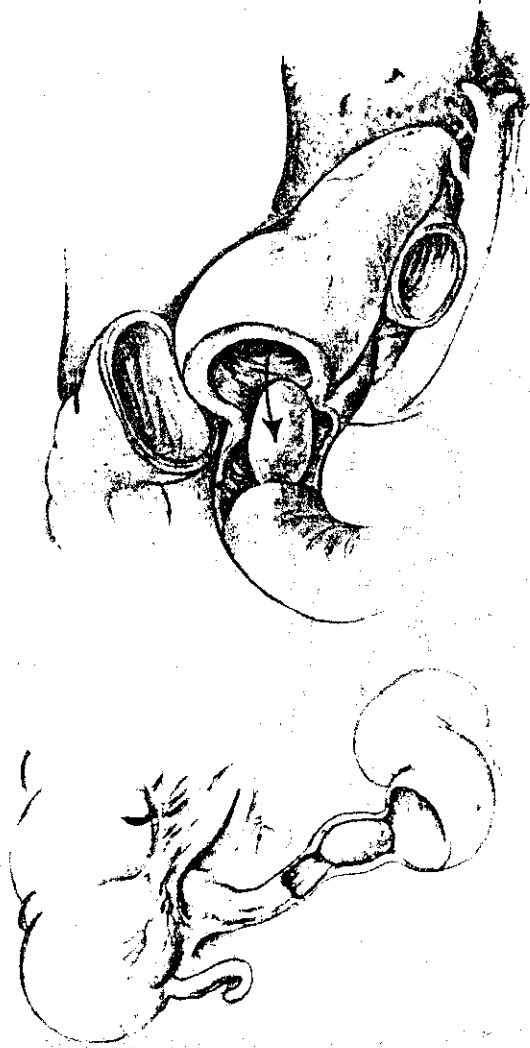


Longmire



Colecisto
duodenostomía

EJEMPLO DE ILEO POR CALCULO



VIII ETIOLOGIA DE LAS FISTULAS:

Estudios cuidadosos en otros países del mundo, especialmente en los Estados Unidos, han demostrado que la mayoría de las fistulas en el árbol biliar han sido las Colecistoduodenales, cuya etiología según Siron Safaie, Shirazi y Colaboradores (11), afirman que los padecimientos crónicos del tracto biliar, especialmente las colecistitis crónicas con litiasis son la causa del padecimiento.

Se han descrito también algunos casos de fistulas biliares secundarias a úlceras duodenales, úlceras pépticas, extensión de una enfermedad maligna del páncreas, estómago, duodeno, anomalías congénitas, perforación de la vesícula biliar por cálculos, heridas traumáticas en el hipocondrio derecho y algunas veces iatrogénicas; pero en muy poca escala (2).

Sin embargo hay algunos autores que afirman haber encontrado una alta incidencia de fistulas biliares secundarias a úlcera péptica perforada (4) (el tipo de fístula encontrado fue la coledocoduodenal).

Estudios anteriores en nuestro medio (9) indican que en un estudio efectuado a lo largo de 11 años, encontraron 26 casos de fistulas biliares internas en 3,854 colecistectomías en el Hospital General San Juan de Dios, con un 69.2o/o de fistulas colecistoduodenales; encontrando además que el 86o/o de los casos fue secundario a colecistitis crónica calculosa.

En el presente trabajo, el cual se efectuó en un período de 10 años (1968 a 1977 inclusive), se efectuaron 3,373 operaciones en el cuadrante superior derecho, estando comprendidas en la siguiente forma:

1662 colecistectomías por colecistitis crónica calculosa.

- 855 colecistectomías por colecistitis aguda.
 330 laparotomías por heridas penetrantes del hígado y áreas vecinas.
 23 operaciones sobre el páncreas.
 432 operaciones sobre el estómago.
 71 operaciones sobre el colon.

De este gran total de operaciones, se encontró la incidencia de 31 casos de fístulas biliares internas, que requirieron operación, lo cual hace un 0.9o/o de las operaciones en el cuadrante superior derecho.

Distribución etiológica de las fístulas.
 Secundarias A:

Colecistitis crónica calculosa	24	63.15o/o
Colecistitis aguda	1	2.63o/o
Coledocolitiasis	3	7.89o/o
Ca. de vías biliares	3	7.89o/o
Encontradas en Autopsia	7	18.42o/o

Nótese que el 73.67o/o de fístulas biliares internas son secundarias a litiasis de las vías biliares.

IX

INCIDENCIA DE ACUERDO A LA EDAD Y EL SEXO

Los padecimientos de las vías biliares, agudos y crónicos, han tenido una alta incidencia en mujeres, especialmente después de los 40 años de vida. Algunos autores, han observado que dichos padecimientos son más frecuentes en mujeres gordas y fértiles que en otros grupos de la población. Sin embargo, nosotros no hemos encontrado variación en lo que se refiere a la frecuencia de fístulas biliares internas, siendo nuestros resultados los siguientes:

CUADRO No. 1

No. Casos	Edad	Masculino	o/o	Femenino	o/o
1	— de 30 años	0	0	1	2.63
3	30 a 40 años	1	2.63	2	5.26
11	40 a 50 años	1	2.63	10	26.32
13	50 a 60 años	1	2.63	12	31.58
6	60 a 70 años	2	5.26	4	10.53
4	70 a 80 años	1	2.63	3	7.89

El padecimiento inicial, ha sido una colecistitis crónica calculosa, o cirugía de las vías biliares, la cual en muchos casos ha sido múltiple por litiasis residual o recidivante.

La incidencia de fístulas biliares internas en hombres, según experiencias extranjeras, ha sido del 12o/o y las edades oscilan entre 40 y 70 años; en las mujeres la incidencia fue de 88o/o y las edades oscilaron entre 50 y 74 años, (12).

En nuestro estudio nos pudimos dar cuenta, que el 15.78o/o de los pacientes con fístulas biliares internas eran hombres, mientras que el 84.21o/o eran mujeres; el mayor número de pacientes fueron encontrados después de los 40 años de edad (ver cuadro No. 1).

De acuerdo a nuestras observaciones, podemos decir que la incidencia de las fístulas biliares externas es más frecuente en hombres, secundarias a traumatismo abdominal, por heridas penetrantes causados por arma blanca o proyectiles de arma de fuego, que interesaron las vías biliares.

Debido a que estos pacientes fueron operados de emergencia, en el libro de sala de operaciones aparecen como indocumentados y con apellidos incompletos, así como nombres poco exactos, por lo que fue imposible revisar adecuadamente la incidencia de estas fístulas; sin embargo, de acuerdo a las observaciones de casos con heridas penetrantes de abdomen, nos inclinamos a pensar, que más del 90o/o de los casos de fístulas biliares externas ocurren en hombres cuyas edades oscilan entre 20 y 40 años.

X SINTOMATOLOGIA DE LAS FISTULAS

En la literatura revisada, nos pudimos dar cuenta que todos los pacientes con fístulas biliares internas tuvieron una sintomatología similar; éstos tenían una historia larga de enfermedad péptica, algunos fueron tratados sintomáticamente durante 7 a 10 años y pocos días antes de ser ingresados al Hospital tuvieron un cuadro agudo de los síntomas quejándose frecuentemente de dolor en el cuadrante superior derecho, náusea, vómitos e intolerancia a las comidas grasas. Algunas veces se presentó un cuadro de diarrea y fiebre, especialmente en los casos de fístulas colecistocólicas, en las que hay una comunicación directa con el colon, contaminación y cuadro de colangitis secundaria.

En nuestro medio la sintomatología fue similar a la expuesta anteriormente; excepto por un caso en el que no había historia de enfermedad péptica, pero si existía marcada ictericia, debilidad general y anorexia, y fue diagnosticado como un cuadro de cáncer de vías biliares con fístula colecistoduodenal, el cual se comprobó Post Mortem.

SINTOMATOLOGIA:

Diarrea	Náusea	Vómitos	Anorexia	Ictericia	Intolerancia a grasas.	Dolor	Singulto	Tiempo Evol.
+	+	+	+	+	+	+	+	8 días
+	+	+	+	+	+	+	+	25 días
+	+	+	+	+	+	+	+	8 días
+	+	+	+	+	+	+	+	2 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	2 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	8 días
+	+	+	+	+	+	+	+	15 días
+	+	+	+	+	+	+	+	2 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	3 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	18 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	1 año
+	+	+	+	+	+	+	+	6 días
+	+	+	+	+	+	+	+	1 mes
+	+	+	+	+	+	+	+	3 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	15 días
+	+	+	+	+	+	+	+	3 años
+	+	+	+	+	+	+	+	22 días
+	+	+	+	+	+	+	+	4 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	2 años
+	+	+	+	+	+	+	+	6 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	5 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	12 días
+	+	+	+	+	+	+	+	18 días
+	+	+	+	+	+	+	+	3 meses
+	+	+	+	+	+	+	+	1 mes
+	+	+	+	+	+	+	+	28 días
+	+	+	+	+	+	+	+	3 meses
Total	2	22	2	1	20	23	1	

Nótese que la mayoría de los síntomas fueron náusea, vómitos, intolerancia a comidas grasas, dolor en el cuadrante superior derecho; la diarrea fue poco frecuente y atacó solo los casos con fistulas colecistocólicas. No se presenta la totalidad del Número de pacientes con fistulas biliares, porque las papeletas se encuentran extraviadas en el archivo. Únicamente se encontró un caso congénito de fístula colecistoduodenal.

XI METODOS DIAGNOSTICOS

Los rayos X nos han permitido observar adecuadamente nuestro organismo, su funcionamiento y sus anormalidades, por lo que en este caso tratándose nuestro tema de conductos biliares anormales, reviste singular importancia.

El estudio del tracto biliar con bario, especialmente serie gastroduodenal y enemas para visualizar las estructuras han sido muy usados actualmente y su eficacia ha sido buena, así como la de técnicas propias del árbol biliar (colecistogramas, colangiogramas, etc.), que algunas veces han demostrado aire en las vías biliares.

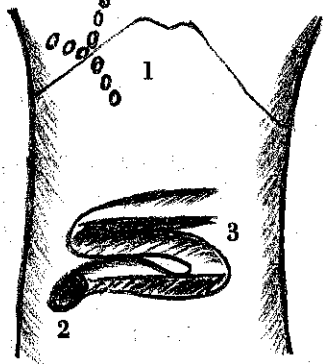
Es necesario aclarar también que la presencia de gas en las vías biliares no es patognomónica de fístula biliar, ya que puede ser secundaria a infecciones en el tracto biliar por bacterias productoras de gas, secundarias a operaciones con anastomosis enterobiliares o incompetencia del esfínter de Oddi.

En las fístulas biliares externas se han usado los colangiogramas, fistulogramas, etc., que nos permiten localizar el lugar de origen de la fístula.

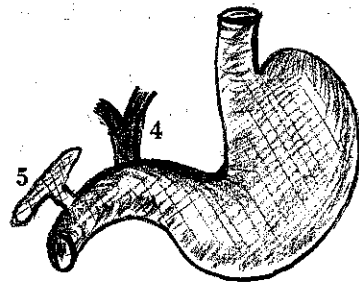
En algunos países se han usado endoscopías con colangiogramas directos retrógrados.

MÉTODOS RADIOLOGICOS

Placa Simple de Abdomen

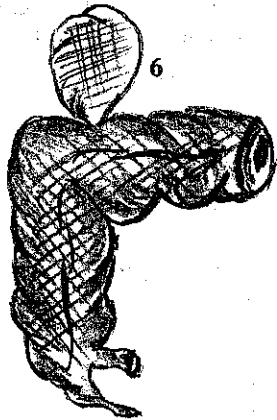


Serie Gastroduodenal



1. Aire en las vías biliares
2. Cálculo en el tracto G. I.
3. Niveles hidroaéreos
4. Aire en las vías biliares
5. Bario en la vesícula biliar
6. Bario en la vésicula biliar

Enema de Bario



ESTUDIOS EFECTUADOS

EXAMEN	PRESENCIA DE CALCULOS	PRESENCIA DE GAS	PRESENCIA DE FISTULA	NORMAL
Colecistograma	+++++	-	+	+++++
Colangiograma	-	-	-	+++++
Fistulograma	-	-	-	-
Serie Gastroduodenal	-	-	+	+++++
Enema de Bario	-	-	-	-
Endoscopias	-	-	-	-
Telepaque por 3 días	-	+	-	-
Total.	5	1	2	17

Nota.

Es importante hacer notar que la mayoría de pacientes fueron estudiados muy someramente, hay algunos que no cuentan ni siquiera con un enema de bario, mucho menos con una endoscopia. Nótese además, que la presencia de gas en las vías biliares únicamente se demostró en una paciente; sin embargo, si se revisa el archivo de rayos X, se verá un alto número de pacientes con gas en las vías biliares, en quienes ni siquiera se sospecha el diagnóstico de fístula biliar.

En el cuadro cada signo corresponde a un paciente.

XII DIAGNOSTICO:

Tomando en cuenta que la sintomatología que presenta cada uno de los pacientes con fístulas biliares es muy vaga y generalmente es secundaria a otros procesos hepáticos, tales como las colecistitis agudas y crónicas o padecimientos ulcerosos del estómago o del duodeno, el diagnóstico clínico preoperatorio es imposible en la mayoría de los casos, máxime en los lugares donde no se cuenta con los recursos suficientes para estudiar adecuadamente a los pacientes.

El diagnóstico preoperatorio de las fístulas biliares internas, requiere la participación de los métodos radiológicos, con los cuales algunas veces veremos estructuras o conductos anormales, en otras únicamente gas en las vías biliares y con éstos datos poder sospechar el diagnóstico de fístulas, tomando en cuenta siempre que debemos diferenciar éstos signos radiológicos de otras entidades tales como los divertículos o pseudodivertículos del duodeno, colangitis por bacterias productoras de gas, incompetencia del esfínter de Oddi, obstrucciones intestinales de diferentes etiologías, carcinomatosis, etc.

Es importante mencionar también que en muchos de los casos de fístulas biliares internas, los primeros signos y síntomas son dolor abdominal, diarrea, calofríos y fiebre, lo cual se confunde frecuentemente con un simple cuadro de gastroenterocolitis, debido a que el facultativo no tomó en cuenta dentro de su diagnóstico diferencial a las fístulas biliares internas.

En nuestro medio, únicamente se encontraron dos diagnósticos preoperatorios de fístulas biliares internas (colecistoduodenales), una demostrada por serie gastroduodenal, y la otra por colecistogramas.

Una prueba de telepaque por tres días, demostró gas en

las vías biliares, pero no se hizo el diagnóstico preoperatorio de fístula interna. Sin embargo, es importante conocer que una triada de:

- Dolor, fiebre, calofríos, ictericia, diarrea.
- Historia de colecistitis crónica, cáncer o úlcera.
- Rayos X con gas en las vías biliares.

Sugiere en un alto grado fístula biliar, por lo que sus estudios deben encaminarse a un diagnóstico más efectivo, con series gastrointestinales, enema de bario, colecistogramas, etc.

XIII TRATAMIENTO

El tratamiento de las fístulas biliares debe establecerse de acuerdo a su naturaleza, en dos partes:

- A) Si son biliares Externas.
- B) Si son biliares Internas.

A) FISTULAS BILIARES EXTERNAS:

La mayoría de las fístulas biliares externas, son secundarias a una operación, aunque pueden ser también de origen traumático o iatrogénico del árbol biliar y aparecen después de una obstrucción distal del conducto biliar. La mayoría de ellas van a ceder por medio de un drenaje del área por medio de un tubo con succión, ya sea un tubo en T o sondas de Nelaton introducidas y conectadas a un aparato de succión. Una vez desinflamada el área distal o removido el obstáculo del flujo de bilis, éstas van a ceder en forma espontánea.

B) FISTULAS BILIARES INTERNAS:

En las fístulas biliares internas, ya sean espontáneas secundarias a litiasis, por úlceras, por infecciones, por cáncer, etc., hay que subdividir su tratamiento en varios grupos, debiendo considerarse este como una emergencia, especialmente las de aquellas fístulas en las cuales las vías biliares comunican directamente con el intestino grueso, ya que la mayoría de éstos pacientes se complican con colangitis severas a repetición llegando en algunos casos a presentar múltiples abscesos intrahepáticos, los cuales conllevan a una mortalidad muy alta; además, el drenaje abundante de material biliar directamente en el colon producen diarrea secundaria a irritación por ácidos biliares no conjugados, con una pérdida masiva de electrolitos, con lo cual muchas veces el paciente sufre de una deshidratación severa, que puede

acompañar a un cuadro de choque séptico o anafiláctico secundario a la presencia de bacterias en el árbol biliar.

En cuanto a las fístulas de tipo colecistoduodenal o coledocoduodenal, se utilizan en algunas ocasiones como medios terapéuticos o de paleación en los casos de carcinoma o de obstrucción distal de las vías biliares. Estas fístulas, según algunos autores se pueden operar y algunos otros prefieren dejarlas intactas; pero el consenso general es de que toda fístula que se presenta a este nivel debe ser corregida ya que predispone a padecimientos de tipo doloroso o infeccioso ascendente de las vías biliares y la manera más simple de tratar ésta patología es efectuando una colecistectomía con oclusión del trayecto fistuloso, ya sea a nivel del estómago o del duodeno.

Las otras fístulas biliares internas del colédoco y del hepático izquierdo a otros órganos, van a ser tratadas generalmente con la colocación de un tubo en T o con operaciones como esfinterotomía o esfinteroplastía a nivel de la ampolla de Vater, y plastías del conducto biliar lacerado.

CLASES DE FISTULAS ENCONTRADAS Y TRATAMIENTO.

No. casos	Fístula
14	colecistoduodenales
4	colecistogástricas
4	colecistocólicas
1	biliocutánea espontánea
3	coledocoduodenales
2	colecistocoledocianas
10	

Pacientes que aparecen clasificados como fístulas biliares en los libros revisados, pero cuyas papeletas no fueron encontradas en el archivo.

TRATAMIENTO:

El tratamiento efectuado fue colecistectomía con cierre de la fístula en el 100o/o de los casos y en algunos se efectuó coledocostomía y colocación de tubo de Ker.

XIV PRESENTACION DE CASOS.

Caso No. 1

Paciente de sexo femenino, de 70 años de edad, que consultó al hospital por dolor abdominal difuso, náusea y vómitos acompañado de deposiciones diarreicas líquidas color café oscuro, sin moco ni sangre, pujo ni tenesmo de 8 días de evolución.

Al examen físico de ingreso, se encontraron como datos positivos: malas condiciones generales, pulso 96 x', P/A 120/60 temp. 36.5° centígrados, Resp. 19X', el abdomen estaba ligeramente globoso, doloroso a la palpación profunda, no se palpó visceromegalia, los ruidos intestinales estaban aumentados en intensidad y frecuencia.

Se ingresó con una impresión clínica de:

- 1- Desnutrición crónica del adulto.
- 2- Enterocolitis aguda de etiología a determinar.
- 3- Desequilibrio hidroelectrolítico.

Al momento de ingresarla iniciaron tratamiento sintomático, con soluciones I.V., y un antidiarreico; se le hicieron los siguientes exámenes de laboratorio.

Cultivo de heces, que demostró Colibacilo.

Orina: Densidad 1.005, vestigios de albumina presentes, hemoglobina (+), leucocitos de 3 a 4 por campo, cilindros granulosos (++).

Guayaco en heces: negativo.

Hematología; Hb. 14 gr. glóbulos blancos 15,150, V.S. 70

mm., en una hora, eosinófilos 3, segmentados 81, monocitos 1.

Glicemia: 130 Mlgso/o.

Química Sanguinea: Urea 123 mlgso/o, Creatinina 3 Mlgs o/o.

Na y K: Na. 117 Meq/lit. K. 4.9 Meq./lt.

Evolución:

La paciente no mejoró y al cuarto día de hospitalización inició cuadro de dificultad respiratoria, sus signos vitales continuaban normales; sin embargo se pensó que posiblemente la paciente tenía un problema pulmonar de tipo infeccioso, por lo que le dieron tratamiento con ampicilina 500 mg. I.V. c/6 horas y prednisona 10 mg. P.O. T.I.D. (no hay nota de evolución donde justifiquen la medicación). Se colocó cateter para medir presión venosa la cual se encontró en 9.5 Cm. de agua.

Al quinto día de hospitalización, se investigó que la paciente tenía el antecedente de no haber defecado desde su ingreso, y al examen físico encontraron un pulso de 120x' afebril, P/A 120/80 Resp. 20x' P.V. 15 Cm/H₂O y los ruidos intestinales virtualmente ausentes. Se pensó que la paciente posiblemente por la taquicardia que tenía estaba entrando en insuficiencia cardíaca y se digitalizó, se ordenó además un enema jabonoso; la paciente no tolera el procedimiento y fallece.

Al efectuarse la autopsia, se encontró aun deshidratada, y los diagnósticos fueron los siguientes.

- 1.- Colecistitis crónica calculosa.
- 2.- Ileo biliar por cálculo que ocluye la luz del duodeno, y duodenitis.
- 3.- Fístula colecistoduodenal.

4.- Trombosis de la vena porta.

COMENTARIO: El presente caso, aunque no encierra una sintomatología típica de las fístulas biliares, decidimos presentarlo para hacer notar la importancia de efectuar un estudio adecuado a cada paciente y evitar errores diagnósticos como el presente. Debe notarse que dentro de los exámenes efectuados no se le hicieron bilirrubinas ni mucho menos estudios radiológicos, lo cual nos pone de manifiesto el mal manejo de la paciente, pues con una placa simple de abdomen se hubiera hecho un diagnóstico certero y haber salvado la vida de la paciente y no conformarse con dar un tratamiento sintomático que en la mayoría de los casos no cumple una función adecuada, como lo es la poción antidiarreica.

Caso No. 2

D.G: 66a. Femenino.

M.C: Fiebre y cefalea de 10 días de evolución. Masa en flanco derecho e hipocondrio derecho de 8 días de evolución.

Antecedente Importante:

Hernioplastia de urgencia en el Hospital de Zacapa 10 días antes de su ingreso por hernia crural encarcerada.

EXAMEN FISICO:

Masa dolorosa de más o menos 8 x 10 cms. Fluctuante, caliente, localizada en hipocondrio derecho y flanco derecho. No móvil con la respiración ni desplazable en sentido lateral ni antero superior e inferior.

Cicatriz hernioplastia crural, normal.

Los estudios complementarios, sugirieron la impresión clínica de Absceso de la pared abdominal.

Drenaje espontáneo de 100 cc., de material purulento.

Bacteriología: E. coli y Enterobacter.

Recibió tratamiento con Ampicilina.

DIAGNOSTICO INICIAL:

- 1.- Absceso de pared abdominal.
- 2.- Absceso Hepático.

Posteriormente el drenaje de material purulento se acompañó de drenaje de material biliar.

DIAGNOSTICO FINAL

Fístula Biliocutanea Espontanea.

La fístula cerró espontaneamente en el curso de dos semanas.

Este caso, aunque es raro encontrarlo, lo presentamos aquí, para hacer notar la importancia que tiene hacer un buen diagnóstico, pues en este caso tanto el diagnóstico como el tratamiento estuvieron mal encaminados, sin embargo al comprobar la presencia de bilis, se hizo el diagnóstico de fístula biliocutanea y se dio tratamiento sintomático, cediendo espontaneamente la fístula.

Caso No. 3

DATOS GENERALES:

I.R. femenina de 58 años, soltera, católica, originaria de Antigua y residente en el Centro de recuperación.

MOTIVO DE CONSULTA: Ictericia de 5 días de evolución.

HISTORIA DE LA ENFERMEDAD: Referencia por la paciente de que hacía 15 días había empezado con ictericia la cual había aumentado progresivamente acompañado de coluria, decaimiento, anorexia y debilidad. No había historia de dolor, fiebre ni alguna otra molestia

ANTECEDENTES:

- Mielitis transversa a la edad de 11 meses.
- Hemorragia gastrointestinal superior en el mes de diciembre de 1977.
- Diabetes millitus
no alcoholismo ni tabaquismo.

EXAMEN FISICO: paciente consciente, orientada, colaboradora.

PA: 100/70, FC: 88x' FR: 18x' FC: 88x'
TO: 37°C.

TINTE ICTERICO GENERALIZADO: ligeramente deshidratada, sepsis oral, sin adenopatía, pulmones: murmullo vesicular normal, corazón rítmico sin soplos.

Abdomen: globoso, obeso, no hubo masas visibles y se tuvo la impresión de palpar una masa en Hipocondrio derecho pero por lo obeso fué difícil de determinarlo. No doloroso a la palpación superficial y profunda, altura hepática normal; no hubo signos de ascitis y tuvo buenos ruidos intestinales.

Tacto rectal: no hubo masas y tenía heces amarillentas. Paraplejía en miembros inferiores.

EXAMENES DE LABORATORIO:

Los exámenes de Hematología, heces, orina, QQ.SS, VDRL estaban dentro de límites normales, la Glicemia Bilirrubinas, Fosfatasa A.T. Protrom, Transaminasas y Amilasa se encontraron alterados.

Estudios Radiológicos: Rx Tórax fue normal, la S.G.D demostró la presencia de gas y bario en las vías biliares.

Otros Estudios:

Centellogramas hepático anormal.

Gastroscopia: No fue posible efectuar por mal estado de la paciente.

- 1.C: 1) Ulcera duodenal perforada con formación de absceso.
2) Ictericia obstructiva secundaria.
3) Fístula colecistoduodenal.
4) Cáncer de vías biliares.

Paciente desmejora, hace cuadro de edema pulmonar falleció el 11-2-78.

Necropsia:

- 1.- Cáncer de vías biliares.
- 2.- Fístula colecistoduodenal.
- 3.- Edema Pulmonar.
- 4.- Metastasis hepática.

Presentamos este caso, porque fué el único caso en donde además de que la paciente presentaba una sintomatología que encaminaba a pensar en un cuadro de origen biliar, se le practicaron estudios adecuados y se hizo el diagnóstico pre-operatorio de fístula colecistoduodenal, secundario a un cáncer de vías biliares; sin embargo por las malas condiciones físicas de la paciente esta falleció.

XV DISCUSION:

A lo largo de nuestra investigación notamos que, el diagnóstico de fístula biliar, pasa inadvertido en muchos casos, ya que el facultativo generalmente no asocia la sintomatología de un cuadro de fiebre, diarrea, ictericia, dolor, náusea y vómitos, con la posibilidad de una fístula biliar. En muchos casos ni siquiera se piensa en patología del árbol biliar, sino que se alude la sintomatología a problemas ulcerosos gástricos o duodenales, o simplemente a cuadros de enterocolitis sin prestar la atención debida a los pacientes que sufren dichos padecimientos.

No es raro encontrar a algunos pacientes con procesos de litiasis de las vías biliares, en quienes radiológicamente se observaron cálculos a nivel de la vesícula biliar; y que después de algunas semanas refieran haber expulsado espontaneamente los cálculos, o bien, después de haber ingerido algún brebaje preparado por un amigo o un curandero el cual supuestamente provocó la salida de los cálculos sin someterse al acto quirúrgico. Al repetir el estudio radiológico en este tipo de pacientes, es fácil comprender que ya no se observaron cálculos a ningún nivel, lo cual nos obliga a pensar, en la existencia innegable de una fístula biliar que facilitó el paso de los cálculos al aparato gastrointestinal. Sin embargo, la mayoría de las veces éstos pacientes han pasado inadvertidos y tanto su sintomatología como su padecimiento, quedaron en el olvido después de haber superado el cuadro agudo; muchas veces porque ya no visitan de nuevo al facultativo, pero indudablemente el paciente volverá a consultar cuando aparezca cualquiera de las complicaciones que conlleva este tipo de patología.

Debe tomarse muy en cuenta también, que después de la tercera década de la vida, la incidencia de esta enfermedad aumenta considerablemente y se presenta con mayor frecuencia en mujeres cuya sintomatología puede variar, desde un cuadro febril

con diarrea y dolor abdominal, hasta un cuadro de ictericia con náusea y vómitos, lo que podría corresponder a una colecistitis crónica calculosa de la cual se originó una fístula por erosión de los cálculos en la pared de la vesícula, interesando al órgano que se encuentre más inmediato; esto sucede con mayor frecuencia con la fístula colecistoduodenal.

En el presente trabajo, encontramos 38 casos de fístulas biliares internas, de las cuales en su mayoría son derivadas al tracto gastrointestinal. De éstas, 29 fueron diagnosticadas en el acto operatorio, 2 preoperatoriamente por métodos radiológicos lo cual nos indica lo limitado y posiblemente la mala técnica empleada en estos procedimientos, 7 casos fueron diagnosticados en autopsias.

Del total encontrado, únicamente se revisaron 28 papeletas ya que 10 de ellas se encuentran extraviadas en el archivo del hospital.

Después de revisar cuidadosamente las papeletas, nos dimos cuenta que la mayoría de éstos pacientes fueron diagnosticados hasta el momento quirúrgico y eso se debe a que fueron pobremente estudiados y a algunos no se les prestó la atención debida; tales son los casos No. 1 y 2 que presentamos en éste estudio.

La presencia de gas en las vías biliares, aunque no es patognomónica de fístula biliar, se encontró en 2 casos y en uno de ellos no se pensó en ningún momento que podría tratarse de una fístula biliar.

El problema en nuestro medio, estriba en que la mayoría de facultativos en lo que menos piensa como diagnóstico probable de la patología de las vías biliares es en las fístulas, y es por esa misma razón que la mayoría de ellas pasan inadvertidas.

Lo mismo sucede en el caso de fístulas biliares externas de donde no tenemos datos adecuados, pero es indudable el hecho de que éstas son más frecuentes que las biliares internas y que pasan inadvertidas para los archivos del hospital, posiblemente por la tardanza en documentar a los pacientes en la emergencia. Sin embargo, al hacer una rápida visita por las salas de cirugía, veremos más de un paciente con escape de bilis, lo cual nos obliga a pensar que la incidencia es elevada.

Es importante hacer notar también, que todos aquellos pacientes con fístulas colecistocólicas deben ser tratados con antibióticos, tales como ampicilina, gentamicina, Kanamicina etc., previo al acto quirúrgico, para evitar complicaciones que pongan en peligro la vida del paciente, cosa que no hemos visto en nuestro estudio quizá por carecer de un diagnóstico preoperatorio correcto.

XVI CONCLUSIONES

- 1.- Existe una baja incidencia de fístulas biliares en nuestro medio, similar a la reportada por otros autores.
- 2.- Las fístulas biliares externas, secundarias a heridas traumáticas, han pasado inadvertidas para los archivos del hospital.
- 3.- La mayoría de fístulas biliares internas fueron del tipo colecistoduodenales.
- 4.- Solamente se encontró una defunción por fístula biliar.
- 5.- No se ha hecho diagnóstico preoperatorio en la mayoría de los casos.
- 6.- No se encontraron casos de fístulas biliares hacia otro sistema, aparte del gastro intestinal.
- 7.- El tratamiento efectuado fué colecistectomía con oclusión del trayecto fistuloso, aunque en algunos casos se practicó además coledocostomía.
- 8.- El diagnóstico preoperatorio se hace radiológicamente, pero en nuestro medio la participación de estos métodos fué mínima.
- 9.- La Litiasis biliar estuvo relacionada a fístulas biliares internas en un 73o/o.
- 10.- Las fístulas biliares externas son muy frecuentes en nuestro medio pero pasan desapercibidas para el archivo del hospital, no así para las salas de cirugía.

- 11.- Las fístulas biliares externas, son más frecuentes en hombres.
- 12.- Las fístulas biliares internas, son más frecuentes en mujeres.
- 13.- La tríada de: Dolor, fiebre, escalofríos, ictericia y diarrea.
Historia de Colecistitis crónica, cáncer, o úlcera.
Rayos X con gas en las vías biliares. Sugiere un alto grado fístulas biliares.

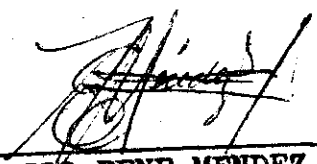
XVII RECOMENDACIONES

- 1.- Registrar adecuadamente a los pacientes que ingresan al hospital, a fin de llevar a cabo una mejor investigación.
- 2.- Usar adecuadamente el laboratorio con que se cuenta para estudiar mejor a cada paciente.
- 3.- El diagnóstico precoz y la operación temprana en pacientes con fístulas colecistocólicas evitará complicaciones que comprometan la vida del paciente.
- 4.- El tratamiento previo con antibióticos adecuados en pacientes propensos a procesos infecciosos ascendentes de las vías biliares, secundarias a fístulas salvará la vida del paciente.
- 5.- Toda fístula vista debe ser operada y así se evitarán las complicaciones.
- 6.- Al encontrar gas en las vías biliares, debe efectuarse un estudio completo para descartar cualquier proceso fistuloso de las vías biliares.

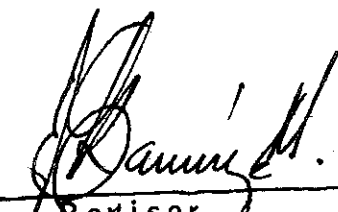
XVIII BIBLIOGRAFIA

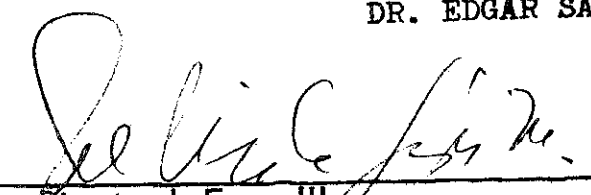
- 1.- Bergan, A. & Flatmark, A. Complete biliocolic fístula. Scand. J. Gastroent. 1975, 10, 839-841.
- 2.- Bockus, H. L.: Gastroenterology, Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1946.
- 3.- Glenn, F., and Mannix, H, Jr. Biliary enteric fístula. Surg. Gynecol. Obstet, 1957, 105-693.
- 4.- Hutchings, V. Z.: Wheeler, J. K.: and Puestow, C.B.: Choledochoduodenal Fístula Complicating Duodenal Ulcer, Arch. Surg. 73: 595-605 (oct.) 1956.
- 5.- Lerman, B, Garlock JH, Janowitz HD: Suppurative pylephlebitis whit multiple liver abscesses complicating regional ileitis: Review of the literature 1940-1960. Ann. Surg. 155:441-448.
- 6.- Levowitz, Bernard, Spontaneous Internal Biliary Fístulas. Ann. Surg. 154: 241-251. August 1961.
- 7.- Maingot Rodney, Abdominal Operations, London, Meredith Corporation. 1969.
- 8.- Milstoc M. Berger Ar, Finkel J: Gallstone obstruction of the second portion of the duodenum. Am. J. Dig. Dis 14: 143-147. 1969.
- 9.- Paredes Mendía, Jorge Arturo. Fístulas Biliares Internas Espontáneas; al tracto gastrointestinal secundarias a enfermedades del sistema biliar. Guate., Universidad de San Carlos, Fac. de Ciencias Médicas. Nov. 1967.

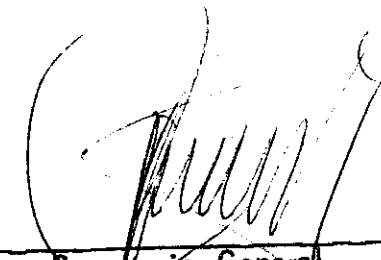
- 10.- Rouviere, H., Compendio de anatomía y disección, Salvat Editores, 1976.
- 11.- Safailé-Shirazi, S., and Printen, K.J. Gallstone ileus; review of forty cases. J. Am. Geriatr Soc., 1972, 20: 335.
- 12.- Shehadi, W. H.: Cholografin: New Intravenously Administered Contrast Medium for Visualization of Gallbladder and Bile Ducts (Intravenous Cholecystocholangiography) with Report on 104 cases, Amer. J. Roentgenol 76: 7-20 (July) 1956.
- 13.- Sparberg M, Gottschalk A, Kirsner JB. Liver abscess complicating regional enteritis: Report of two cases. Gastroenterology 49: 548-551. 1965.
- 14.- Strull JR, Thomford NR: Biliary intestinal fistula. Am. J. Surg. 120: 27-31. 1970.


Br. EDUARDO RENE MENDEZ SOSA.

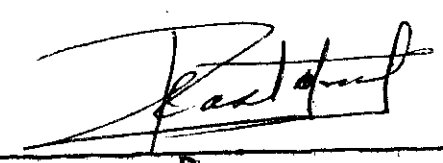

Aseor
DR. JORGE ALBERTO HENRY LEIVA.


Revisor
DR. EDGAR SAMUEL RAMIREZ MARROQUIN.


Director de Fase III
DR. JULIO DE LEON.


Secretario General
DR. RAUL A. CASTILLO RODAS.

Vo.Bo.


Decano
DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO.