

FISTULA COLEDOCO-DUODENAL<sup>1</sup>

Informe de un caso

Eduardo de Lima, M.D.<sup>2</sup>, Carlos Manzano, M.D.<sup>3</sup>  
 Carlos Hugo Moreno, M.D.<sup>4</sup>, Fernando T. García, M.D.<sup>5</sup> y Luis  
 Guillermo Mayoral, M.D.<sup>5</sup>

## EXTRACTO

La fístula entero-biliar constituye una complicación rara de la enfermedad ulcerosa péptica. El caso que se describe ilustra una evolución aún más rara de dicho proceso, cual es la aparición tardía de litiasis vesicular en un paciente joven con historia de enfermedad ulcerosa duodenal de larga data. Se hace una revisión de la literatura sobre el tema, con énfasis en algunos puntos referentes a la evolución y manejo de estos casos.

el examen físico fue negativo y una serie gastroduodenal tomada al día siguiente de su hospitalización demostró enfermedad ulcerosa duodenal, con deformidad del bulbo. El paciente evolucionó satisfactoriamente con tratamiento médico.

En Febrero de 1968 consultó de nuevo por síntomas ulcerosos. Se repitió la serie gastroduodenal, que mostró una fístula colédoco-duodenal (Figuras 1 y 2). Una colecistografía oral tomada 8 días después reveló la presencia de bario en el fondo de la vesícula sin evidencia de litiasis biliar (Figura 3). El paciente fue de nuevo tratado médicamente.

## INTRODUCCION

Las fístulas colédoco-duodenales son una complicación extremadamente rara de la enfermedad ulcerosa duodenal crónica<sup>1-5</sup>. Entre 1915 y 1968 se comunicaron 67 casos en la literatura norteamericana y en la mundial 149 casos hasta 1965<sup>5</sup>. Para el manejo de esta entidad debe tenerse en cuenta su mecanismo de producción pues como se dijo, es secundaria a una úlcera duodenal mientras que el otro tipo de fístula, las bilio-entéricas son complicaciones de una alteración primaria del árbol biliar. Una asociación muy poco frecuente en la fístula colédoco-duodenal es la litiasis del árbol biliar.

En el caso que se describe a continuación, un paciente joven con enfermedad ulcerosa duodenal crónica de varios años de evolución presentó como complicación una fístula colédoco-duodenal que recibió tratamiento médico durante los primeros años; después se trató quirúrgicamente su enfermedad ulcerosa duodenal crónica. Años más tarde desarrolló litiasis del árbol biliar que necesitó una segunda intervención para corregirla.

## HISTORIA CLINICA

En 1963 y a la edad de 15 años este paciente fue hospitalizado en el Hospital Universitario del Valle por hematemesis moderada, de un día de evolución. Presentaba síntomas de enfermedad ulcerosa péptica crónica desde hacía varios años. A su ingreso presentó ligera hipotensión y taquicardia;



Figura 1. Radiografía de estómago mostrando libre paso de bario al colédoco.

- 
1. Trabajo auspiciado por los Departamentos de Medicina Interna y Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad del Valle, y Hospital Universitario del Valle, Cali, Colombia.
  2. Profesor Auxiliar, Medicina Interna.
  3. Profesor Asociado, Cirugía.
  4. Residente de Tercer Año, Medicina Interna.
  5. Profesor, Medicina Interna.



Figura 2. Radiografía de estómago. Mayores detalles mostrando marcada deformidad del bulbo duodenal, y paso de bario al colédoco.

En Agosto de 1972 un control radiológico mostraba un bulbo duodenal muy deforme, la presencia de una estrechez o estenosis duodenal, y la imagen de una úlcera posiblemente activa. No se encontró en esta ocasión reflujó del medio de contraste a las vías biliares. En Septiembre del mismo año una acidez basal mostró 18.7 mEq/horas. En ese mes y en vista de los hallazgos radiológicos descritos se realizó una vagotomía, antrectomía y gastro-enteroanastomosis tipo Billroth II. El diagnóstico operatorio fue enfermedad ulcerosa duodenal crónica, y estenosis del duodeno en su primera porción. En esta intervención no se tomó ninguna acción directa sobre la fístula. El informe de patología fue gastritis atrófica y metaplasia intestinal en el espécimen de antro resecaado. El paciente fue visto de nuevo en Abril de 1973 cuando una serie gastroduodenal de control reveló buen funcionamiento de la anastomosis, ausencia de úlcera péptica, y pliegues gástricos ligeramente engrosados.

El paciente continuó en buen estado general y clínico hasta Julio de 1976 cuando consultó por indigestión de dos días de evolución, dolor en hipocondrio derecho, náuseas, vómito biliar y masa palpable en el hipocondrio derecho. Con diagnóstico de hidrocolecisto fue operado, confirmándose este diagnóstico y hallándose además colecistitis aguda, y coledolitiasis. Se llevó a cabo una colecistectomía. El postoperatorio y la evolución ulteriores fueron satisfactorios.

## DISCUSION

La presencia de una fístula colédoco-duodenal constituye una complicación muy poco frecuente de la enfermedad ulcerosa péptica duodenal<sup>1-5</sup>. El 80% de dichas fístulas son secundarias a úlceras duodenales penetrantes<sup>4</sup>. La distribución por sexos favorece a los hombres<sup>5-6</sup>, en quienes la ulcera duodenal es más frecuente.

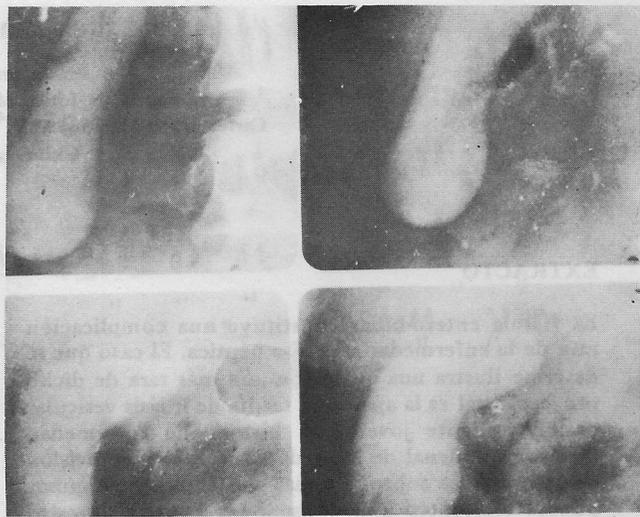


Figura 3. Radiografía de vesícula biliar llevada a cabo 8 días después del estudio anterior, demostrando la presencia de bario en el fondo de la vesícula. Nótese la ausencia de cálculos en este estudio.

El caso más joven publicado en la literatura corresponde a un paciente de 20 años, y el de mayor edad a uno de 85 años<sup>5,6</sup>. La revisión de la literatura indica que la complicación constituida por la fístula colédoco-duodenal se presenta habitualmente tras una larga duración, con un promedio de 11 años<sup>4</sup>. El otro tipo, mucho más frecuente, de fístulas biliares internas es secundario a patología primaria del árbol biliar (litiásis) y tiene mayor incidencia en mujeres<sup>7</sup>.

En la inmensa mayoría de los casos el cuadro clínico del paciente es el de su enfermedad primaria, es decir, el de la enfermedad ulcerosa duodenal crónica y no existe una sintomatología peculiar o sugestiva de fístula colédoco-duodenal como complicación de este cuadro<sup>1,2,4</sup>.

En el paciente que se describe es claro que los síntomas fundamentales eran los de una úlcera duodenal de varios años de duración y que el hallazgo de la fístula colédoco-duodenal fue fortuito. Es interesante que los síntomas atribuibles a colangitis son muy poco frecuentes en las fístulas colédoco-duodenales secundarias a enfermedad ulcerosa duodenal<sup>1,6,8</sup>, probablemente porque no existe obstrucción al libre drenaje biliar. La proximidad anatómica del colédoco al bulbo duodenal hace o permite que la aparición de una fístula entre ambas estructuras sea posible, afortunadamente en un número pequeño de casos. El promedio de edad de los pacientes descritos en la literatura con fístula colédoco-duodenal es de 45 años<sup>4</sup>. El caso actual presenta el segundo más joven de la literatura. La duración de la historia clínica desde la aparición de los primeros síntomas hasta el momento de la detección de la fístula fue en este paciente de 5 años.

La colangitis, o sea la inflamación aguda bacteriana de las

vías biliares es muy rara, en los casos de fístula secundaria a úlcera duodenal, en contraposición a lo que sucede cuando la fístula es secundaria a enfermedad primaria de la vía biliar es decir, a colédoco-litiásis en donde la colangitis es frecuente<sup>1,4,5</sup>.

Existen 3 casos adicionales en la literatura<sup>5,9</sup> en donde se describe la historia de pacientes que años después de haber desarrollado una fístula colédoco-duodenal secundaria a enfermedad ulcerosa duodenal crónica presentaron colédoco-litiásis. En nuestro paciente la historia fue similar a la de estos 3 casos.

Parece importante recalcar que el cuadro clínico de la fístula entero-biliar difiere del de la fístula bilio-entérica en el sentido de que la primera, a la cual corresponde este caso, se complica muy rara vez de problemas tales como la colangitis ascendente, la colédoco-litiásis, la ictericia obstructiva o la perforación a otros órganos. Por el contrario cuando la fístula tiene como origen una alteración previa del árbol biliar, especialmente una colelitiásis, estas complicaciones son mucho más frecuentes y priman en el cuadro clínico. El análisis de este comportamiento diferencial entre los mecanismos de producción de la fístula se hace difícil porque las series de casos al respecto publicadas en la literatura son pequeñas, pero al revisarlas, las conclusiones son las que acabamos de mencionar.

El cuadro clínico de la enfermedad ulcerosa duodenal crónica, en la inmensa mayoría de los casos, no se altera o modifica al aparecer la fístula enterobiliar (duodenobiliar). Por tanto el diagnóstico de esta entidad comúnmente no se hace por signos o síntomas clínicos sino que por el contrario constituye con frecuencia un hallazgo inesperado en estudios radiológicos, demostrándose la presencia de bario en la vía biliar, asociado a una deformidad del bulbo duodenal o úlcera activa<sup>1,3,5</sup>. En otros casos puede hallarse como pista indirecta de la presencia de este problema la neumbilia en una placa simple de abdomen<sup>5,6,8</sup>.

Conviene recordar que otras entidades, tales como la colelitiásis en raros casos, la deficiencia del esfínter de Oddi, la colecistitis gangrenosa y los casos de cirugía con anastomosis del intestino al árbol biliar, también pueden ser causa de neumbilia para cuya detección, es recomendable tomar placas en posición de pies<sup>5,10</sup>. En algunos casos la fístula constituye un inesperado hallazgo quirúrgico o de autopsia<sup>6</sup>. Se describen casos con paso de bario al colédoco debido a insuficiencia del esfínter de Oddi, no acompañados de deformidad bulbar o úlcera duodenal<sup>10</sup>.

La mayoría de los autores preconizan el tratamiento quirúrgico de la enfermedad ulcerosa duodenal complicada

de fístula entero-biliar. Casi por consenso dicho tratamiento quirúrgico debe ser dirigido a la enfermedad ulcerosa duodenal y no a su complicación, la fístula entero-biliar propiamente dicha ya que la aparición de colangitis es una complicación muy rara<sup>1,3,6</sup>. Algunos autores recomiendan un tratamiento doble, es decir, dirigido tanto a la enfermedad ulcerosa duodenal como a su complicación, la fístula entero-biliar, por medio de una reimplantación del colédoco<sup>8</sup>. Sin embargo, este no es el tratamiento de elección.

En el caso que se describe, el paciente recibió tratamiento quirúrgico para la enfermedad ulcerosa duodenal crónica, llevándose a cabo una vagotomía, antrectomía y gastroentero-anastomosis tipo Billroth II. Por haber desarrollado 4 años más tarde este paciente una colelitiásis con colecistitis e hidrocolecisto, requirió una colecistectomía.

#### SUMMARY

Choledoco-duodenal fistula constitutes a rare complication of peptic ulcer disease. The case described illustrates an even more rare occurrence in this process, characterized by the late apparition of biliary lithiasis in a young patient with long-standing history of peptic ulcer. The article presents a review of the literature, with special reference to the management and clinical course of this entity.

#### REFERENCIAS

1. Hoppenstein, J.M., Medoza, C.B., Jr. y Watne, A.L.: Choledochoduodenal fistula due to perforating duodenal ulcer disease. *Ann Surg* 173: 145-147, 1971.
2. Cogbill, C.L. y Roth, H.P.: Choledochoduodenal fistula: report of 2 cases due to duodenal ulcer. *Amer Surgeon* 19: 480-488, 1953.
3. Issacson, S., Appleby, L.W. y Hamilton, E.L.: Choledochoduodenal fistula secondary to duodenal peptic ulcer. Case report. *JAMA* 179: 969-971, 1962.
4. Hutchings, V.Z., Wheeler, J.R. y Puestow, C.H.: Choledochoduodenal fistula complicating duodenal ulcer. *AMA Arch Surg* 73: 598-605, 1956.
5. Wagner, G.R. y Passaro, E.Jr.: Choledochoduodenal fistula secondary to duodenal ulcer. (A new surgical approach) *Arch Surg* 103: 21-24, 1971.
6. Constant, E. y Turcotte, J.G.: Choledochoduodenal fistula: the natural history and management of an unusual complication of peptic ulcer disease *Ann Surg* 167: 220-228, 1968.
7. Porter, J.M., Mullen, D.C. y Silver, D.: Spontaneous biliary-enteric fistulas. *Surgery* 68: 597-601, 1970.
8. Floman, Y., Charuzi, I. y Manny J.: Choledochoduodenal fistulas. *Int Surg* 59: 239-240, 1974.
9. Levowitz, B.S.: Spontaneous internal biliary fistulas. *Ann Surg* 154: 241-251, 1961.
10. Kourias, B.G. y Chouliaras, A.: Spontaneous gastrointestinal biliary fistula complicating duodenal ulcer. *Surg Gynec Obstet* 119: 1013-1018, 1964.