

Fístulas colecistocolónicas espontáneas

Presentación de dos casos

*Dr. RAUL AMORIN CAL **

Relataremos las historias de dos pacientes que padecían de esta afección, a los que tuvimos oportunidad de tratar con pocos meses de intervalo.

OBS. 1.— E. B. de E., 83 años. Raza blanca. Florida. E.A. (25-11-69): Paciente que desde hace dos meses y medio presenta dolores abdominales difusos a predominio en H.D. con chuchos de frío solemnes de gran intensidad, diarios o repetidos dos-tres veces en el día, que le hacen gritar, seguidos de hipertermias de 41-42 grados centígrados. Ha recibido en este tiempo antiespasmódicos, antitérmicos y cloramfenicol v./oral 1 gr. diario, alternado con tetraciclina. No hay síntomas referidos al aparato respiratorio ni urinario. Tránsito intestinal s/p. Sin ictericia, coluria o prurito. Adelgazamiento importante, anorexia y luego de los chuchos astenia.

Antecedentes: Dispepsia biliar de larga data, con cólicos hepáticos a repetición, episodios sugestivos de colecistitis, nunca ictericia. Diagnóstico radiográfico diez años antes de litiasis biliar. Se contraindicó su sanción quirúrgica por su estado cardíaco. Disnea de esfuerzo. Disminución de memoria y audición. Insuficiencia coronaria. Múltipara.

Examen: Lúcida. Senil. Palidez cutaneomucosa. Regular estado general. Dolor difuso abdominal a predominio en H.D., no defensa ni contracturas. No hay signos lumbares. P. pulmonar: s/p. Arritmia extrasistólica. Arterias duras y flexuosas. P.A. 150/80. No ictericia. Orinas: s/p.

El *planteo clínico* fue de un cuadro infeccioso grave, presumiblemente por sus antecedentes una angiocolitis supurada, aunque nos llamaba la atención la ausencia de otros elementos de un síndrome coledociano. No encontrábamos otras causas que nos explicaran el cuadro.

Le indicamos altas dosis de antibióticos parenterales y antiespasmódicos. Luego de una aparente mejoría, reinicia sus chuchos solemnes y la internamos.

Radiografía simple de tórax: s/p. **Radiografía de abdomen:** s/p.; sospecha de imagen opaca en área biliar. **Urografía de excreción:** normal.

Urocultivo: negativo. **Leucocitosis:** 9.900 con neutrofilia. **Bilirrubinemia:** total, 1.35 mg. %; directa, 0,96 mg. %; indirecta 0,39 %; diazorreacción directa, + débil. Un **hemocultivo** negativo.

Siguió igual a pesar del intenso tratamiento, por lo que dada la precariedad de su estado general y la impotencia del tratamiento médico decidimos operarla pensando en una angiocolitis supurada.

Operación (3-12-69). **Anestesia local:** novocaína ½ %. **Cirujano:** Dr. Amorin. **Ayudantes:** Dres. Yanes y Rama. **Incisión:** oblicua subcostal derecha. **Exploración:** vesícula escleroatrófica chica con pericolecistitis y adherencia firme de su fondo al colon transversal; contiene cálculos. Colédoco dilatado con proceso inflamatorio subagudo pericoledociano y cálculo único distal. **Operación:** al tratar de liberar la vesícula se nota que la íntima adherencia al colon obliga a recortar la vesícula demostrando una fístula colecistocolónica de 1 mm. de diámetro. Separado el colon se liga la fístula, se hace toque iodado y doble jareta invaginante con lino. Por la vesícula se sacan cálculos y bilis sucia: se hace colecistostomía por el orificio creado, con sonda Malecot. Coledocostomía luego de toma de bilis para cultivo: la misma no es supurada y su color apenas algo más oscuro que lo normal; se extrae cálculo y se deja un tubo de Kehr. Lavado. Cigarrillo subhepático. **Cierre** plano por plano con lino. Dilatación anal.

Postoperatorio: Se siguió con cloramfenicol y penicilina i/v. hasta el tercer día en que se hizo kanamicina y colistin de acuerdo al antibiograma. Al 3er. día hizo un chucho de frío que no se repitió. Luego tuvo muy buena evolución. Coledococistitis postoperatoria.

Bilicultivo (coledociano): Desarrolló bacilos gramnegativos sensibles a kanamicina, neomicina, quotol, estreptomycin, colistin y polimixina.

Colangiografía postoperatoria (12-1-70): Vesícula chica, libre; colédoco s/p.; buen pasaje al duodeno.

Evolución hasta la fecha: Muy buena.

OBS. 2.— M. A. de B., 77 años. Raza blanca. Florida (12-3-70). E.A. desde hace dos meses cuadros dolorosos de H.D. acompañados de chuchos de frío solemnes en varias oportunidades, de gran intensidad, seguidos de hipertermias de 40° C. Axilar. No ictericia, coluria ni acolia.

Presentado a la Sociedad de Cirugía del Uruguay el 24 de junio de 1970.

* Médico Cirujano del Centro Departamental de Florida. Ex Adjunto de Clínica Quirúrgica (Facultad de Medicina de Montevideo).

Antecedentes: Dispepsia biliar de larga data. Hace cuarenta años diagnóstico radiológico de litiasis vesicular. En 1953 internada por episodio sugestivo de colecistitis aguda que cedió con tratamiento médico. En 1964 y 1969 episodios similares con dolores cólicos abdominales. Nunca ictericia. Nunca coluria. Nunca notó cálculos en las materias.

Examen clínico: Buen estado general. Dolor en la zona vesicular. Resto s/p. Orinas: normales.

Exámenes de rutina: Normales. E.C.G.: dentro de lo normal.

Colecistografía: No se ve vesícula. Hay gas en la zona de proyección canalicular biliar en las dos placas.

Diagnóstico clínico: Colecistopatía crónica litiasica; probablemente litiasis coledociana; presunción clinicoradiológica de fístula biliodigestiva.

Operación (20-3-70). Anestesia: general (Dr. Schwartzmann). Cirujano: Dr. Amorín. Ayudantes: Dres. Labandera y Salhá. Incisión: transversa de H.D. Exploración: vesícula escleroatrófica, chica, sin cálculos unida al colon transversal adyacente por medio de una fístula de 8 mm. de diámetro, formada por una evaginación en dedo de guante desde el colon de 3 cm. de largo que se introduce en una depresión de la cara inferior vesicular en su parte media. Colédoco dilatado sin cálculos. Operación: se recorta vesícula rodeando la fístula ampliamente abierta; se liga en forma circular la fístula en su base y recorta el resto, toque iodado y plano invaginante seromuscular con lino. Coledocostomía transversa; muestra de bilis para cultivo; pasaje de exploradores al duodeno; colecistectomía del remanente. Drenaje subhepático. Dilatación anal. Operación muy accidentada con graves caídas tensionales al deprimir las vísceras que hicieron transcurrir la operación en forma muy irregular, suspendiéndola en varias oportunidades.

Evolución postoperatoria: Quotal 1 gr. diario. Buena evolución, sin incidentes.

Bilicultivo: Desarrollan bacilos gramnegativos.

Colangiografía postoperatoria 7º día: Normal. Coledocolitis con antibióticos y novocaína. Se retira el Kehr al 15º día.

Evolución alejada hasta la fecha: Muy buena.

COMENTARIO

La primera paciente planteó sobre todo un problema de diagnóstico clínico frente a un estado infeccioso grave inmodificado por la terapéutica médica. Luego de plantear varias causas, optamos por el diagnóstico de angiocolitis supurada por sus antecedentes, aunque faltaban otros elementos de obstrucción coledociana.

En la segunda paciente hubo la sospecha radiológica de fístula biliodigestiva.

Ambas tienen de común: su edad avanzada, su larga historia biliar, la ausencia

de un síndrome obstructivo coledociano completo y una historia casi monosintomática: chuchos de frío solemnes de particular intensidad, seguidos de hipertermias de más de 40° C. y dolores abdominales.

En ambas se encontró una fístula coledocólica: en la primera con litiasis vesicular y coledociana, en la segunda sin litiasis actual.

En ambas la bilis coledociana no era supurada y desarrolló bacilos gramnegativos.

Ambas curaron luego de solucionado el problema biliar y creemos que su historia tan particular se debió a la fístula biliodigestiva. Esto era claro en el segundo caso en que no había litiasis actual y muy seguramente también en el primero, dado que las características de los hallazgos coledocianos no justificaban el cuadro clínico.

DISCUSION

Dr. Vacarezza: Relataré un caso que tuvimos oportunidad de operar en la Clínica del Prof. Piquinela. No era una fístula biliodigestiva espontánea sino que fue realizada por un cirujano. La historia clínica, suscitamos en un hombre joven, de unos cuarenta años, con muy mal estado general, y llenaba todos los elementos que daba el Dr. Amorín, fiebre de tipo séptica, chuchos de frío, coluria y tenía una ictericia oscilante. Cuando llegó, había tenido una pérdida de peso muy considerable, el estado general era malo, el funcional hepático señalaba un toque hepatocítico bastante significativo, la determinación de bilirrubina no era muy elevada de acuerdo con la ictericia, que tampoco era de gran intensidad. Llamaba la atención dentro de la historia clínica que tenía materias verdes. Eso no lo podíamos interpretar.

Se le solicitó un tubaje duodenal al Dr. Julio Varela, que dio en blanco. Se le dijo que probablemente tuviera algún error, que no tenía control radiológico. Se repitió: tubaje duodenal en blanco, nuevamente.

Dos meses antes había sido operado y se le había efectuado una intervención quirúrgica. Tenía una dispepsia un poco intrincada, parecía más ulcerosa, pero no se la estudió y se le sometió a una laparotomía exploradora. El enfermo refería, de acuerdo a lo que le había dicho el cirujano, que tenía cálculos en la vesícula, se le había hecho una colecistectomía. A los cuatro o cinco días de la colecistectomía comenzó a ponerse icterico, con esa ictericia que señalamos, variable.

A los trece días se le reoperó. El enfermo relataba que se le dejó un tubo por el cual mojaba con bilis. Luego se lo quitaron. Después de ese momento comenzó con el cuadro de fiebre alternante, ictericia y coluria.

Verdaderamente era difícil tener orientación diagnóstica. Si era una litiasis residual, en ese segundo acto quirúrgico qué se había hecho? Podía tener una lesión de vía biliar principal, la historia clínica tampoco encajaba bien y le pedimos al médico que lo había operado que nos remitiera algunos datos del protocolo operatorio. Se había hecho una colecistectomía fácil que no había tenido problema y en la reintervención, como había una esclerosis distal decidió hacer una hepatoduodenostomía sobre tubo.

El protocolo lo recibimos momentos antes de comenzar el acto quirúrgico. Fue una reintervención difícil, estaba todo adherido, bloqueado. El cirujano decía que lo había operado con anestesia local y que el duodeno había venido muy fácil, lo cual nos había sorprendido un poco. En realidad había establecido una unión entre el hepático y el colon.

No tenía litiasis, por supuesto, tenía una angiolitis séptica supurada. Hubo que hacer una reparación de vías biliares que fue muy laboriosa y cierre de la fístula. El enfermo evolucionó bien.

Aunque esta fístula no fue espontánea sino yatrogénica, planteó el mismo problema clínico, pues nadie podía imaginar que se le había anastomosado el colédoco con el colon.

Dr. Bosch: Solamente tuve una observación de fístula biliocolónica. Refiero el caso sustintamente.

No hizo cuadro infeccioso sino hemorrágico, seguramente inicial, presumimos después que la formación de la fístula coincidió con una hemorragia colónica baja.

La conducta fue similar a la seguida por el Dr. Amorín.

Dr. Albo: Quiero asociarme al Dr. Asiner en felicitar al Dr. Amorín porque en realidad es un hecho feliz el manejo tremendamente difícil de este tipo de enfermo, sobre todo el primer caso.

En cuanto a la casuística, yo quiero señalar otro ejemplo de esta complicación, que ya de por sí es poco frecuente, como es esta de la fístula colecistocolónica. El hecho es que yo tuve oportunidad de ver una paciente hace dos años, que hizo un episodio de colecistitis aguda que retrocedió, en lo que fue indicada

la intervención en frío dos meses más tarde, pero que una semana antes hace una oclusión de colon, con radiografía y con colon por enema que hizo pensar incluso en una lesión orgánica de colon. La intervención demostró la existencia de una fístula colecistocolónica de gran tamaño y un cálculo muy voluminoso encajado en la unión rectosigmoidea dando el íleo biliar correspondiente. Es decir, que ahí la máscara no fue infecciosa, como en el caso del Dr. Amorín, sino una máscara de oclusión mecánica de colon.

Este es un hecho también absolutamente excepcional. Nada más.

Dr. Liard: Quiero felicitar al Dr. Amorín y aportar también una observación que operamos con el Dr. Albo, que él no la debe recordar quizás.

Era una fístula colecistocólica en una vesícula porcelana. La enferma se operó se hizo el cierre de la fístula de la colecistectomía y evolucionó muy bien.

Dr. Valls: He visto dos casos de fístula colecistocolónica.

En lo que tengo que llamar la atención es que en la inmensa mayoría de las veces, como es una afección crónica que se ve en personas con sufrimiento biliar viejo, que muchas veces tienen litiasis de colédoco asociada, como en el primer caso, muy a menudo tienen una patología coledociana.

La primera fue una enferma que tenía una fístula colecistocolónica, y además una fístula colecistoduodenal. Le hice la colecistectomía, cierre de la fístula colecistocolónica y la colecistoduodenal. Además tenía una litiasis del colédoco.

La otra es una enferma que hizo una oclusión, en asa cerrada, de colon se le hizo una colostomía transversa, y poco después expulsó un cálculo por el ano. Se estudió y tenía una fístula colecistocolónica.

Puede cerrar la discusión el Dr. Amorín.

Dr. Amorín: Sólo me resta agradecer a los Dres. Vacarezza, Bosch, Albo, Liard y Valls que han relatado 6 observaciones más de fístulas colecistocolónicas. Todas ellas con alguna particularidad interesante.