

Análisis estadístico

Dr. RUBEN PORTOS *

El motivo del presente correlato es el estudio y análisis estadístico de las fistulas biliodigestivas espontáneas diagnosticadas y/o tratadas en el Hospital de Clínicas durante el lapso que abarca desde su inauguración hasta la fecha actual (1953-1972). Quedan excluidas del tema por lo tanto todo el largo capítulo de las anastomosis biliodigestivas u otro tipo de comunicación anormal entre ambos sectores (accidental, etc.).

es incluyen también complicaciones derivadas de la existencia de las fistulas, aún en aquellos casos en que no ha podido ser precisada con certeza su topografía —caso del íleo biliar—, en el que no pudo ser verificada sea por la no exploración quirúrgica en la primera instancia, o por no haber sido puesta en evidencia por exámenes complementarios postoperatorios y que no fueron reintervenidos.

Experiencia de Investigación

Clínico-Estadística

Consta de un total de 11 fistulas biliodigestivas en el lapso precisado estableciendo por

lo tanto el 0.06 % de los egresos del Hospital. El porcentaje se hace sobre el total de enfermos internados y tratados, no del total de fichados que asciende a casi el doble la cifra anterior.

Frecuencia por año

Ingresa por año un número de pacientes que oscila entre 4 y 9 con una media de 5.8 enfermos por año.

Hallazgos necrósicos

No tenemos datos propios de estadística de hallazgos necrósicos variando la frecuencia en distintas series entre 0.1 % al 4.8 % para necropsias generales, ascendiendo al 8.4 % (Roth) en necropsias de enfermos biliares.

Frecuencia quirúrgica

En nuestra serie el porcentaje puede esquematizarse así:

CUADRO 1

| | Porcentaje |
|---|----------------|
| —Total de pacientes con afección biliar (cual. etiol.) | 12.647 -0.88 % |
| —Total de operac. sobre vías biliares (cualq. etiol.) | 8.613 -1.3 |
| —Total de operac. sobre la vesícula (cualq. etiología) | 7.777 -1.44 |
| —Total de operaciones por litiasis biliar | 6.217 -1.8 |
| —Total de pacientes con litiasis vesicular mayores de 60 años | 2.040 -3.1 |

Por lo tanto es dable esperar una fistula bilio-digestiva en el 1.8 % de los pacientes que se intervienen por litiasis biliar y asciende a 3.1 % si se trata de una litiasis por encima de los 60 años.

Distribución por edad y sexo

Atendiendo al hecho de tratarse de una complicación de la litiasis biliar es lógico el neto predominio del sexo femenino y que fue de 91 pacientes (81.3 %) lo que hace una proporción de 4.7 ♀ : 1 ♂.

Sexo masculino - 19 casos (16.9 %).

La distribución etaria se efectuó con una:

Edad máxima: 87 años

Edad mínima: 27 años

Promedio: 60.9

Siendo la 7ª década la más afectada.

CUADRO 2

Distribución por décadas

| Años | Pacientes |
|---------------|-----------|
| 20 — 30 | 2 |
| 31 — 40 | 8 |
| 41 — 50 | 10 |
| 51 — 60 | 32 |
| 61 — 70 | 39 |
| 71 — 80 | 16 |
| 81 — 90 | 6 |

Etiología y clínica

Espatrimonio neto de las litiasis biliares como lo establece el porcentaje encontrado en la serie 91 %, cifra que concuerda con la mayoría de las estadísticas; mientras que es llamativamente baja la incidencia en el determinismo de las fistulas de la etiología ulcerosa

* Residente de Cirugía. Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Montevideo.

que sólo ocupa el 1.7 %. En lo que tiene que ver con la otra etiología encontrada que es el neoplasma de vesícula preferimos hablar de relación cáncer/litiasis por la dificultad o imposibilidad de precisar sin carga subjetiva cuál de ambos es el responsable, pues su asociación se presentó en la serie en 7 de los 8 casos. No hemos hallado patología hidática así como tampoco otras neoplasias del tubo digestivo fistulizadas en árbol biliar.

Por lo antedicho, la clínica rara vez de por sí, sería capaz de orientarnos frente a la existencia de una complicación de la litiasis y la sintomatología dependerá más de la afección causal de fondo que de la fistula en sí. Hacen mención aparte aquellos casos en que la fistula biliodigestiva, complicación ya de por sí, asiste a su propia complicación y la más conspícua en este sentido es el ileo biliar. También es posible el diagnóstico clínico en los raros casos —la serie cuenta con 2— en que hubo expulsión espontánea por el ano de cálculos biliares y objetivados por médico.

De lo antedicho se desprende un pasado biliar claro, o ulceroso de larga data.

CUADRO 3

Antecedente de sufrimiento biliar y tiempo

| Síntomas | Nº de pacientes | Porcentaje |
|---|-----------------|------------|
| Dispepsia pura | 10 | 8.9 % |
| Dolor puro | 2 | 1.7 % |
| Ictericia: | | |
| —actual | 25 | 22.3 % |
| —antecedentes | 30 | 26.7 % |
| Sufrimiento mixto (dolor-dispepsia, ictericia-dolor, ictericia-dispepsia) | 82 | 73.2 % |

Tiempo de sufrimiento biliar:

Máximo: 50 años

Mínimo: 1 año Promedio 12.2 años

Antecedente de sufrimiento ulceroso y tiempo

| Síntomas | Nº de pacientes | Porcentaje |
|-------------------------|-----------------|------------|
| Dispepsia hiperesténica | 1 | 0.8 % |

Tiempo de sufrimiento ulceroso: 30 años.

Del análisis del cuadro surgen dos elementos de real jerarquía:

A) Es notorio el pasado biliar en los antecedentes y con una media que pasa los 12 años, elemento sustentado por la mayoría de las estadísticas al respecto.

B) La alta incidencia de patología de vía biliar principal en un porcentaje que sumados ambos (ictericia pasada y/o actual), llega casi al 60 %. (Ver Cuadro Nº 4).

Formas clínicas de presentación

Con mucho, como es dable esperar, predomina la presentación biliar que llegó a ser de 67 enfermos (59.8 %). La forma de presentación como síndrome ulceroso fue en 2 enfermos (1.7 %).

Pero, hecho importante, casi la mitad han sido formas de presentación bajo forma de una complicación como lo muestra el Cuadro Nº 5.

CUADRO 4

Frecuencia relativa de los síntomas y signos

| Síntomas | Nº de pacientes | Porcentaje |
|-----------------|-----------------|------------|
| Dolor | 107 | 95.5 |
| Vómitos | 59 | 52.6 |
| Fiebre | 42 | 37.5 |
| Dispepsia | 28 | 25 |
| Síndrome ulc. | 26 | 23.2 |
| Prurito | 19 | 16.9 |
| Diarrea | 6 | 5.3 |
| Empuje ulceroso | 1 | 0.8 |

| Signos | Nº de pacientes | Porcentaje |
|-------------------|-----------------|------------|
| Dolor | 62 | 55.3 |
| Dist. abd. | 25 | 22.3 |
| Ictericia | 25 | 22.3 |
| Toque est. gral. | 25 | 22.3 |
| Hepatomegalia | 23 | 20.5 |
| Vesícula palpable | 14 | 12.5 |
| Hemorrag. dig. | 4 | 3.5 |
| Reac. peritoneal | 1 | 0.8 |
| Empiema pared | 1 | 0.8 |
| Esplenomegalia | 1 | 0.8 |

CUADRO 5

Formas clínicas de presentación

| | Nº de pacientes | Porcentaje |
|--|-----------------|------------|
| 1) Como enfermedad de fondo: | | |
| —Biliar | 67 | 59.8 |
| —Ulcerosa | 2 | 1.7 |
| 2) Complicación: | | |
| —Ileo biliar | 26 | 23.2 |
| —Hemorragia digestiva | 4 | 3.5 |
| —Estenosis gastroduodenal | 5 | 4.4 |
| —Colangitis | 14 | 12.5 |
| —Peritonitis | 2 | 1.7 |
| Total de complicaciones | 51 | 47 |
| Total de enfermos | 43 | 38.3 |
| (8 enfermos tuvieron más de 1 complicación.) | | |

Antecedentes personales

Sólo cabe destacar la incidencia de factores que gravitan sobre el terreno de estos pacientes. La cuarta parte de los mismos fueron diabéticos. Patología cardiovascular de jerarquía en 23 enfermos (20.5 %).

La obesidad fue hallada como presente en 43 casos (38.3 %).

Laboratorio

Sólo permite un conocimiento más a fondo del terreno ya que no existe examen de laboratorio que oriente seguramente al diagnóstico de fistula biliodigestiva.

Del análisis de lo hallado surge:

Hematocrito.— Fue registrado en 93 enfermos (83 %). Siendo:

| | Nº de pacientes | Porcentaje |
|-------------------------------------|--------------------|------------|
| Bajo | 29 | 31.1 |
| Normal | 64 | 68.8 |
| Siendo sus límites extremos: — 53 % | | |
| — 25 % | | |

Velocidad de eritrosedimentación.— Sólo fue posible su hallazgo en 4 enfermos (3.5 %) siendo elevada en la totalidad de ellos (100 %) con un máximo de 106 mm. y siendo una expresión más del proceso inflamatorio.

Bilirrubina total.— Se practicó en 29 enfermos (25.8 %).

En 22 de los 25 pacientes con ictericia a su ingreso fue alta en un valor máximo de 22 mg. %. El resto de los exámenes que complementa el F. hepático mostró en 18 enfermos un claro trípode de obstrucción y en 4, elementos francos de insuficiencia hepatocítica severa.

Sondeo duodenal.— Al igual que los anteriores, poco puede aportar en un diagnóstico de certeza, pero conserva su papel frente al estudio de la vía biliar accesoria y principal y sobre todo si nos pone en evidencia el componente infección para comenzar con la anti-bioterapia adecuada.

Se efectuó en 39 enfermos (34,8 %), y su contribución se resume así:

CUADRO 6

| | Nº de pacientes | Porcentaje |
|--------------------------|--------------------|------------|
| Vesícula excluida | 29 | 74.3 |
| Sedimento litógeno | 3 | 7.6 |
| Infección | 5 | 12.8 |
| En blanco | 2 | 5.1 |

Radiología preoperatoria

Sin duda el elemento más fiel de diagnóstico paraclínico. Tomando todas las formas de radiología preoperatoria (Rx simple, CLG, biligrafina, EGD y C×E) pudo haber sido hecho el diagnóstico exacto en 19 casos ya sea por la existencia de neumatosis, cálculo visible espontáneamente, en el intestino, o la exacta visualización y topografía de la fistula con el llenado por líquido de contraste de ambas vísceras en contacto.

Del análisis por separado surge:

CUADRO 7

RX simple

Total de estudios: 44

| | Nº de pacientes | Porcentaje |
|------------------------------------|--------------------|------------|
| Normal | 7 | 15.9 |
| Oclusión | 19 | 43.1 |
| Neumatosis | 9 | 20.4 |
| Cálculo visible en intestino | 9 | 20.4 |
| Hepatomegalia | 5 | 11.3 |
| Ileo regional | 1 | 2.2 |
| Vesícula de porcelana | 1 | 2.2 |

CUADRO 8

Colecistografía

Total de estudios: 47

Se obtuvo en 47 enfermos (41.9 %) siendo sus resultados:

| | Colecistografía | Casos | Porcentaje |
|-------------------------|-----------------|-------|------------|
| Normal | | 2 | 4.2 |
| Vesícula excluida | | 41 | 87.5 |
| Litiasis | | 4 | 4.2 |
| Gas | | | |

CUADRO 9

Biligrafina

Total de estudios: 44

Realizada en 44 enfermos (39.2 %) y reveló:

| | Biligrafina | Casos | Porcentaje |
|-------------------------------------|-------------|-------|------------|
| Ausencia opacificación de la VBP .. | | 6 | 13.6 |
| Normal | | 4 | 9 |
| Dilatación VBP | | 14 | 13.8 |
| Litiasis - VBP | | 11 | 25 |
| Litiasis vesicular | | 5 | 11.3 |
| Neumatosis | | 2 | 4.5 |
| No visualización vesicular | | 9 | 20.4 |

Esófago-gastroduodeno

Pudo ser efectuado en 32 enfermos (28.3 %) habiendo revelado la existencia y topografía exacta de la lesión en 3 casos (9.3 %). Sería, una vez sospechada la posible existencia de la fistula, el examen radiológico de más valor.

Su estudio permitió revelar (ver Cuadro 10). Ninguno de estos exámenes fue realizado con control televisado, pilar de indudable valor para este tipo de estudios.

Colon por enema

No podemos prejuzgar la utilidad de este estudio en la serie para la certificación de las

fístulas colecistocólicas ya que sólo se realizó en 6 pacientes (5.3 %) y verificando solamente patología asociada, y con cuyo auxilio se pudo completar 3 casos de Triada de Saint.

CUADRO 10

Total de estudios: 32

| Gastroduodeno | Nº de pacientes | Porcentaje |
|----------------------------|-----------------|------------|
| Normal | 18 | 56.2 |
| Antro irregular | 2 | 6.2 |
| Deformación duodenal | 3 | 9.3 |
| Fístula | 3 | 9.3 |
| Hipertonía pilórica | 3 | 9.3 |
| Hernia hiatal | 2 | 6.2 |
| Síndrome pilórico | 1 | 3.1 |
| Nicho duodenal | 1 | 3.1 |

Diagnóstico preoperatorio

En el caso de presentación clínica como enfermedad de fondo (biliar, ulcerosa, neoplásica) es excepcional que se haga el diagnóstico preoperatorio. Si se debe intervenir por una complicación, sólo en el íleo biliar, puede ser presumido o asegurado.

Cuando fue otra la complicación (hemorragia digestiva, colangitis, estenosis gastroduodenal), jamás fue siquiera sospechado.

Expulsión espontánea de cálculos por el intestino fueron observados 2 veces en la serie. El detalle se aprecia en el siguiente cuadro.

CUADRO 11

| | Casos | Porcentaje |
|----------------------------|-------|------------|
| Diagnóstico positivo | 10 | 8.9 |
| Duda | 8 | 7.1 |
| Ignorado | 93 | 83 |

Cuando se trató de un íleo biliar el diagnóstico fue como se detalla en el Cuadro 12.

CUADRO 12

| | Casos | Porcentaje |
|----------------------------|-------|------------|
| Diagnóstico positivo | 4 | 15.3 |
| Duda | 6 | 23 |
| Ignorado | 16 | 61.5 |

(Total: 26 casos.)

Oportunidad

Es algo más frecuente que se intervenga de elección que de urgencia y cuando así lo es predomina netamente el íleo biliar (en el entendido que son intervenciones por oclusión intestinal pero con poco diagnóstico de cer-

teza o presunción pues entre ambos no llega al 40 % de la totalidad de los casos).

La oportunidad y sus causas se detallan en el Cuadro 12.

CUADRO 12

Total de operados: 109

| Elección | Casos | Porcentaje sobre 109 |
|--------------------------|-------|----------------------|
| Elección | 63 | 57.7 |
| Urgencia: | | |
| —íleo biliar | 23 | 21.1 |
| —hemorrag. digest. | 3 | 2.7 |
| —esten. gastroduod. | | |
| —colangitis | 12 | 11 |
| —otras causas | 9 | 8.2 |
| Total de urgencia | 47 | 43.1 |

De los íleos biliares que se intervinieron, rara vez, salvo los pocos casos de certidumbre diagnóstica, fueron operados precozmente. Quizás parezca paradójico entonces, el alto porcentaje de íleos operados de urgencia: 23 (88.5 %) contra 3 (11.5 %) de elección; se trata de enfermos que se descompensaron y fueron intervenidos sí de urgencia, pero a los 3 o más días de su internación.

Clasificación

De los 112 casos fueron intervenidos 109, confirmándose el diagnóstico de lesión en todos, no así el diagnóstico topográfico y fueron aquellos íleos biliares en que no se exploró el polo biliar, no fueron luego reoperados y tampoco pudo ser puesto en evidencia por exámenes complementarios.

En 3 casos el diagnóstico se obtuvo por protocolo de necropsia.

Origen

El origen de la fístula atendiendo al órgano principal como causante de la patología, puede dividirse en biliar o intestinal. Netamente predominó el primero que en la serie fue:

| | | |
|-------------------------|-----|--------|
| Origen biliar | 110 | 98.2 % |
| Origen intestinal | 2 | 1.7 % |

Etiología

Sin duda alguna es en nuestro medio la litiasis la causa dominante como puede verse en el Cuadro 14. Hay muy poca patología ulcerosa en la serie contrastando netamente con otras estadísticas.

Debemos hacer una connotación con respecto a la etiología neoplásica. Siempre fue el neoplasma de vesícula y por lo tanto preferimos llamarlo asociación litiasis-cáncer a los efectos de no establecerle la prioridad a uno u otro atendiendo a la frecuencia de la litiasis en el cáncer vesicular (50-80 % según distintas estadísticas).

CUADRO 14

| Etiología | Casos | Porcentaje |
|--------------------------|------------|------------|
| Litiasis | 102 | 91 |
| Úlcera | 2 | 1.7 |
| Neoplasma-litiasis | 8 | 7.1 |
| Hidática | 0 | |
| Total | 112 | |

Tipo

Hemos dividido por tipo en fístulas bilioentéricas, enterobiliares y biliobiliares atendiendo siempre a la colocación en primer término de la viscera principal en la patología.

Se adjucan también las que denominamos mixtas, o sea la asociación de una fístula bilioentérica con una bilobiliar y las dobles o complejas, más de una fístula del mismo tipo.

CUADRO 15

| Tipo | Casos | Porcentaje |
|--------------------------------|-------|------------|
| Bilioentéricas | 101 | 90.1 |
| Enterobiliares | 2 | 1.7 |
| Biliobiliares | 3 | 2.6 |
| (*) Mixtas (B.E. - B.B.) | 2 | 1.7 |
| Dobles o complejas | 4 | 3.5 |

Detalle de las fístulas mixtas:

(*) Mixtas: B.E. - B.B. 1) Colecistoduodenal - colecistolángica. 1) Colecistoduodenal - colecistocolédociana.

Por tipo y etiología

Total de comunicaciones entre intestino y vía biliar:

107 — 95.5 %

Total de comunicaciones de la vía biliar entre sí, F.B.B.:

5 — 4.4 %

Fístula colecistoduodenal.— La más frecuente de todas las comunicaciones presentó una distribución por etiología que se detalla:

CUADRO 16

| F.C.D. | Casos | Porcentaje sobre 73 |
|--------------------------------------|-------|---------------------|
| Litiasis | 69 | 94.5 |
| Úlcera | 0 | |
| Neoplasia-litiasis | 4 | 5.4 |
| Hidática | 0 | |
| Total: 73 (sobre 112: 65.1 %) | | |

Fístula colecisto-cólica

Es la que sigue en frecuencia.

CUADRO 17

| F.C.C. | Casos | Porcentaje sobre 12 |
|-----------------------------------|-------|---------------------|
| Litiasis | 10 | 83.3 |
| Úlcera | 0 | |
| Neoplasma-Litiasis | 2 | 16.6 |
| Hidática | 0 | |
| Total 12 sobre 112: 10.7 % | | |

Fístula Colecisto-gástrica

CUADRO 18

| F.C.G. | Casos | Porcentaje sobre 5 |
|----------------------------------|-------|--------------------|
| Litiasis | 4 | 80 |
| Úlcera | 0 | |
| Neoplasma-Litiasis | 1 | 20 |
| Hidática | 0 | |
| Total 5 -% sobre 112: 4.4 | | |

Fístula Gastrocoledociana - Fístula duodeno-coledociana

Entre ambas componen la etiología ulcerosa.

CUADRO 19

| | Úlcus | Porcentaje sobre 2 |
|------------------------------------|-------|--------------------|
| F. G. C. | 1 | 50 |
| F. D. C. | 1 | 50 |
| Total 2 -% sobre 112: 1.7 % | | |

Total de fístulas biliobiliares 5 - 4.4 %

Se disputan la frecuencia de las comunicaciones con vesícula el hepático común y colédoco surgiendo así las fístulas colecistohepáticas y colecistocolédocianas. Atendiendo a su etiología se distribuyen así:

CUADRO 20

| Colecisto-hepatocianas | Casos | Porcentaje sobre 2 |
|-------------------------------------|-------|--------------------|
| Litiasis | 1 | 50 |
| Úlcera | 0 | |
| Neoplasma-litiasis | 1 | 50 |
| Hidática | 0 | |
| Total 2 - % sobre 112: 1.7 % | | |

En ocasiones en que la vesícula perforada en el propio lecho hepático forma una cavidad única y por lo tanto, comunicación anormal, hemos colocado las fistulas colecistocolángicas.

CUADRO 21

| Colecistocolédocianas | Porcentaje | |
|---------------------------------------|------------|---------|
| | Casos | sobre 2 |
| Litiasis | 2 | 100 |
| Úlcera | | |
| Neoplasma-Litiasis | | |
| Hidática | | |
| Total 2 - Porcentaje sobre 112: 1.7 % | | |

CUADRO 22

| Colecistocolángica | Porcentaje | |
|---------------------------------------|------------|---------|
| | Casos | sobre 1 |
| Litiasis | 1 | 100 |
| Úlcera | | |
| Neoplasma-Litiasis | | |
| Hidática | | |
| Total 1 - Porcentaje sobre 112: 0.8 % | | |

Operación

La solución de la fístula la hemos dividido para su mejor estudio por etiología sin prejuizar el tipo de cada una en particular ya que la extensión del trabajo limita las posibilidades, y por otra parte, nos pareció que puede ser esquematizado de esta forma sin cercenar los distintos criterios utilizados para su resolución.

A) Solución al polo biliar cuando la etiología fue litiasica

CUADRO 23

| | Porcentaje | |
|----------------------------|--------------------------|--------------------|
| | Casos | sobre 102 litiasis |
| Colecistectomía | 46 | 45 |
| Colecistect. parcial | 12 | 11.7 |
| Colecistostomía | 8 | 7.8 |
| No se actuó | 9 (excl. ileos biliares) | 8.8 % |

Fue necesario actuar con otro tipo de operación para solucionar el tránsito biliar en 10 oportunidades.

CUADRO 24

| | Porcentaje | |
|---------------------------------------|------------|----------|
| | Casos | sobre 10 |
| Derivaciones biliodigestivas | 4 | 40 |
| Papilotomías | 6 | 60 |
| Total 10; Porcentaje sobre 102: 7.8 % | | |

B) Solución al tránsito digestivo

CUADRO 25

| | Casos | Porcentaje |
|------------------------------|-------|------------|
| Cierre simple | 63 | 61.7 |
| Cierre + epiploplastia | 11 | 10.7 |
| Derivaciones | 5 | 4.9 |

Todas las derivaciones fueron hechas por duodas en cuanto a la futura permeabilidad del duodeno luego del cierre simple. No hubo problema con la permeabilidad cólica en las fístulas con esta víscera ni durante la exploración ni luego de su cierre.

Cuando se trató de fístulas biliobiliares se efectuó la reparación de la vía biliar principal sólo en 3 casos, pues la otra se trataba de una colecistocolángica en cavidad intrahepática sin alteración de la V.B.P.

Existió un porcentaje bastante alto de vesículas alitiásicas a la exploración, lo que pone de manifiesto lo sostenido por Porter en el sentido que es mucho más frecuente la transición de cálculos por el intestino sin oclusión que el íleo-biliar. Debió actuarse sobre la VBP por litiasis, dilatación, etc., en 37 casos (33.9 %).

Relación litiasis fístula

CUADRO 26

| | Litiasis | alitiásica |
|--|----------|------------|
| Vesícula | 37 | 21 |
| Vía biliar principal | 23 | |
| Coledocotomía (por dilatación, u otras causas no litiasicas) | | 14 |

C) Solución al polo digestivo cuando la etiología fue ulcerosa

CUADRO 27

| | |
|--------------------------------|---|
| Gastrectomía | 1 |
| Gastrectomía - exclusión | 1 |
| Derivaciones | |
| Otras | |

D) Cuando la etiología fue neoplásica

El criterio fue paliativo en la totalidad (8) por lo extendido en el órgano, actuando sobre el polo biliar en dos oportunidades, el resto fue sin solución quirúrgica. La actuación sobre el polo digestivo se practicó en una sola oportunidad.

Tampoco se actuó en el caso de la fístula biliobiliar de naturaleza neoplásica.

Drejane biliar. Se dejó drenada la vía biliar en 59 ocasiones (54 % correspondiendo el máximo a las derivaciones de VBP lo que pone de manifiesto la frecuente participación coleociana.

El estudio por separado mostró:

CUADRO 28

| Drenaje biliar | Casos | Porcentaje |
|--------------------|-------|------------|
| Transcístico | 11 | 10 |
| Kehr | 36 | 33 |
| Pezzer | 12 | 11 |
| No drenaje | 27 | 24.7 |

E) *Cuando fue necesario adecuar la táctica a una complicación*

a) *Hemorragia digestiva.* 1 caso - 1.9 % del total de complicaciones. Pudo ser solucionada con la terapéutica convencional de separación visceral, y lograr un libre tránsito digestivo más colecistectomía.

b) *Estenosis gastroduodenal.* (3 casos - 5.8 %). Fue solucionado mediante una gastrectomía en uno de los casos y gastroenteroanastomosis en los dos restantes.

c) *Colangitis.* (14 casos - 27.4 %) del total de complicaciones, la segunda en frecuencia. Fue solucionada en 9 casos mediante coledocostomía sobre Kehr, debiendo actuarse en otros 4 casos sobre el colédoco distal ya sea por papilotomía o derivaciones biliodigestivas.

d) *Ileo biliar.* (26 casos - 50.9 %). Las más frecuentes de las complicaciones halladas en la serie. Fue hallada una incidencia de 100 % en el sexo femenino, con una clínica que pocas veces hacía presumir el diagnóstico. Menos de la mitad presentaba una historia biliar aguda en los antecedentes inmediatos. Pocos casos fueron intervenidos de inmediato y por lo tanto hubo un mal tereno quirúrgico en parte por la propia demora con sus consecuencias de desequilibrios hidroelectrolíticos y en parte por el propio tipo de enfermos obesos y con un porcentaje de diabetes que fue del 34.6 %.

La mortalidad por íleo biliar fue 11.5 %. Representó el 2.3 % de las oclusiones intestinales del H. de C, cifra análoga a la mayoría de las estadísticas. No tenemos el dato de las oclusiones por encima de 65 años, donde según Porter ascendería al 5 ó 10 %.

De su estudio analítico surgió:

CUADRO 29

| Zona de impactación | Casos | Porcentaje |
|-------------------------|-------|------------|
| Duodeno | 1 | 3.8 |
| Yeyuno | 8 | 30.7 |
| Ileon | 14 | 53.8 |
| Más de un cálculo | 2 | 7.6 |

Cabe señalar un caso de Síndrome de Bouveret con las dos complicaciones máximas dadas por el enclavamiento duodenal: hemorragia digestiva masiva y estenosis digestiva alta.

También es de destacar que en 7.6 % de los casos es dable ver más de un cálculo y de ahí una premisa a ser tenida en cuenta: la exploración debe efectuarse en la pesquisa de otro cálculo obstructor actual o futuro. (Cuadro 30).

Sólo se actuó sobre el polo biliar en tres oportunidades, en una de necesidad, el caso de Síndrome de Bouveret efectuándose la colecistectomía, y en otros dos por accidentes al explorar el foco con apertura de la fístula. Con este criterio sería poco recomendable la exploración biliar pero contamos en la serie con dos protocolos de necropsia de íleos biliares en los cuales existía la fístula abierta en peritoneo pariendo el cálculo y con peritonitis, biliofecaloidea. Pensamos si de haber explorado el polo biliar no podría haber sido palpado y solucionado en consecuencia.

Anatomía patológica

Colecistitis crónica fue el informa anatómo-patológico más frecuente que llegó a un 52.6 % (59 casos).

El neoplasma vesicular predominante fue el adenocarcinoma con dos variedades: el papilar y el glanduliforme. Existían también un carcinoma anaplásico y un epiteloma malpighiano.

Radiología posoperatoria

La colangio realizada en 64 casos (58.7 %) pudo evidenciar:

CUADRO 31

| Colangio | Casos | Porcentaje |
|--------------------|-------|------------|
| Normal | 31 | 48.4 |
| VBP dilatada | 19 | 29.6 |
| Litiasis | 4 | 6.2 |
| Sin pasaje | 2 | 3.1 |
| Estrechez | 3 | 4.6 |
| Neumatosis | 1 | 1.5 |

Esófago-gastroduodeno. Realizado en 15 casos (13.7 %). Mostró:

CUADRO 32

| EGD | Casos | Porcentaje |
|-----------------------|-------|------------|
| Normal | 10 | 66.6 |
| Fístula | 3 | 20 |
| Divertículo | 1 | 6.6 |
| Bulbo deformado | 1 | 6.6 |

Complicaciones intra y postoperatorias inmediatas

Surgen en el intra y postoperatorio inmediato, más de 30 % de complicaciones, algunas de las cuales de suma gravedad. El estudio por separado se ve en cuadro 33.

CUADRO 33

| | |
|----------------------------|---|
| Bilirragia | 4 |
| I.R.A. | 3 |
| Peritonitis | 3 |
| Tromboembolismo | 2 |
| Fístula biliar | 3 |
| Fístula duodenal | 2 |
| Fístula de colon | 1 |
| Insuficiencia hepática | 2 |
| Ileo parlítico rebelde | 2 |
| Sepsis | 1 |
| Infarto de miocardio | 1 |
| Aspiración de vómito | 1 |
| Shock | 3 |
| Oclusión | 1 |
| Tromboflebitis | 1 |
| Angiocolitis | 1 |
| Herida de porta y colédoco | 1 |

Morbilidad y evolución alejada

Tomando en conjunto todas las etiologías presenta la siguiente distribución:

CUADRO 34

| | Casos | Porcentaje |
|--------------------------|-------|------------|
| Global - Buena evolución | 64 | 58.7 |
| Ignorada | 15 | 13.7 |
| Mala | 15 | 13.7 |

Efectuado el estudio por causa, revela como predominante la colangitis que no pudo ser resuelta en la intervención o apareció a posteriori.

CUADRO 35

| Causa | Casos | Porcentaje |
|----------------|-------|------------|
| Colangitis | 7 | 6.4 |
| Fístula biliar | 1 | 0.9 |
| I. Hepática | 4 | 3.6 |
| Otras causas | 3 | 2.7 |

CUADRO 36

| Por Causa - y Etiología | Casos | Porcentaje |
|-------------------------|-------|------------|
| Neoplasmas I.H. | 4 | 50 |
| (total 8) | | |
| Litiasis Colangitis | 7 | 6.07 |
| (total 102) | | |
| Otras causas - F.B. | 1 | 0.9 |
| T.E.P. | 3 | |

Número y causas de muertes operatorias. (30 días).

Del total de intervenidos fallecieron en los primeros 30 días, 12 casos (11 %).

1) Estudiados por causa se estableció:

CUADRO 37

| Causa | Casos | Porcentaje |
|-------------|-------|------------|
| I.R.A. | 3 | 25 |
| I.H. | 3 | 25 |
| T.E.P. | 1 | 8.3 |
| Peritonitis | 1 | 8.3 |
| Shock | 2 | 16.6 |
| Caquexia | 1 | 8.3 |
| Desconocido | 1 | 8.3 |

2) Estudiando por etiología y causa, surge:

| | |
|-----------------------|---|
| Litiasis 7 (6.07 %) | |
| I.R.A. | 2 |
| I.H. | 1 |
| T.E.P. | 1 |
| Peritonitis | 1 |
| Shock | 1 |
| Caquexia | 1 |
| Neoplasma - 4 (50 %). | |
| —coma hepático - 2. | |
| —shock - 1. | |
| caquexia - 1. | |

Número y causa de muerte alejada

Del total de enfermos se obtuvo el follow-up en 72 (66.5 %) registrándose 4 (5.5 %) muertes alejadas, debiendo resaltar que la causa más frecuente de éstas estuvo relacionada a la colangitis.

Su distribución se aprecia en la figura:

CUADRO 38

| Causa | Casos | Porcentaje |
|-------------|-------|------------|
| Colangitis | 2 | 50 |
| Desconocida | 1 | 25 |
| No biliar | 1 | 25 |

Reintervención. Causas, procedimientos y evolución

Fueron reoperados 12 casos (11 %) y de ellos 5, o sea el 41.6 % fueron ileos biliares en los cuales se resolvió el polo biliar en segunda instancia.

Las reintervenciones inmediatas estuvieron relacionadas a causas no biliares; en cambio las alejadas todas tuvieron como causa una complicación biliar. De los 7 que quedan luego de excluida la reintervención por ileo biliar, 4 (57.1 %) se distribuyeron como se indica en la figura (Cuadro 39), causa biliar.

CUADRO 39

| Causas | Casos | Porcentaje |
|------------------------|-------|------------|
| Fístula biliar externa | 1 | 25 |
| Colangitis | 3 | 75 |

—Mortalidad de la reintervención: 5 (41.6 %).

—Causas:
colangitis, 4;
fístula biliar externa, 1.

CONCLUSIONES

Las fístulas biliodigestivas no constituyen una afección tan rara como puede aparecer a primera vista y cabe esperar en nuestro medio, la aparición de una cada 50 operaciones de litiasis biliar aproximadamente y asciende a casi el doble por encima de los 60 años. Es 4 veces más frecuente en la mujer que en el hombre, no habiendo diferencia de edad entre ambos grupos afectados y predominando en conjunto en la 7ª década. La gran mayoría tiene un pasado biliar sobrepasando los 12 años. Más de la cuarta parte habían tenido ictericia y sumando a los ictericos al ingreso la mitad presenta participación de V.B.P.

Sólo en el 1.7 % tenían sufrimiento ulcerooso y úlcera como causante directo de la fístula.

La sintomatología al ingreso depende de la enfermedad de fondo, pero es de resaltar que casi la mitad de los casos ingresan por una complicación.

No existe elemento de laboratorio capaz de orientar al diagnóstico de certeza y contribuye al estudio del terreno del cual cabe destacar que la cuarta parte son diabéticos en la serie y sumada la patología cardiovascular a la obesidad sobrepasan la mitad de los pacientes.

La radiología es el elemento de mayor valor ya sea por la existencia de neumatosis, la visualización de un cálculo en el delgado o la exacta topografía por examen contrastado.

Rara vez se llega al diagnóstico preoperatorio y sólo es así en la complicación oclusiva con radiología positiva, o por la rara situación de cálculos espontáneamente. Asimismo en el íleo biliar sólo en el 15 % de los casos se hace diagnóstico de certeza.

Se intervienen casi tanto de urgencia como de elección, predominando netamente en los primeros, la complicación oclusiva, pero no en los primeros momentos de ingreso, ya que en general se tarda 48-72 o más horas, lo que agrava más aún el pronóstico.

Predominantemente las fístulas bilioentéricas sobre las biliobiliares, y en ambas es la litiasis la etiología más común. Es una rareza el úlcus y queda en duda la asociación litiasis-cáncer en el determinismo de la fístula por neoplasma de vesícula.

La solución quirúrgica en general se obtiene con la separación visceral, cierre de la brecha digestiva y colecistectomía cuando la etiología es la litiasis.

Cuando fue la úlcera péptica la causante fue necesario la gastrectomía o gastrectomía-exclusión.

Si hubo de adecuarse la táctica a una complicación, ésta requirió derivaciones en los casos de estenosis gastroduodenal y derivaciones biliodigestivas o papilotomías si fue la colangitis su causa.

De serlo el íleo biliar la enterotomía fue el medio más usado de extracción y en 7.6 % existe más de un cálculo obstructor actual o futuro.

Aproximadamente el 30 % se complica en el postoperatorio inmediato sin atender a la etiología causal y falleciendo en los primeros 30 días el 11 %.

La evolución alejada muestra casi un 60 % de buena evolución pero en los que así no lo hacen, es por patología biliar, y en general la colangitis la determinante de la mala evolución y la responsable de las reoperaciones alejadas. Menos de la cuarta parte de los íleos biliares se reintervinieron para solucionar el polo biliar en segunda instancia.

Las reintervenciones están gravadas por una mortalidad que llega a más del 40 % y en general es la colangitis su causa más frecuente.

RESUMEN

Se analizan 112 casos de fístulas biliodigestivas tratadas en el Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de Montevideo, en un período de 19 años (1953 a 1972). Se incluyen en la estadística las fístulas biliobiliares.

Se encontró una, cada 50 operaciones de litiasis biliar, por ser esta etiología la más frecuente. Sólo en el 1.7 %, la causa de la fístula fue una úlcera duodenal.

Las F.B.D. son a veces más frecuentes en la mujer que en el hombre, existiendo en la mayoría de los enfermos un pasado biliar de más de 12 años.

Casi la mitad de los casos ingresaron por una complicación de la fístula; más de la cuarta parte tuvieron en algún momento ictericia, también más de la cuarta parte eran diabéticos y muchos de ellos obesos.

Hubo 26 casos de íleo biliar (23.2 %), 14 colangitis (12.5 %), 4 hemorragias digestivas (3.5 %) y 5 estenosis gastroduodenales (4.4 %).

El diagnóstico se confirmó en 109 casos en la intervención y en 3, en la necropsia.

En 8 casos (7.1 %) la fístula se asoció a un cáncer de vesícula.

Las fístulas colecistoduodenales fueron 73 (65 %), colecistocólicas 12 (10.7 %) y colecistogástricas 5 (4.4 %).

El tratamiento fue el cierre duodenal y colecistectomía en la mayoría de los casos. En los íleos biliares se hizo enterotomía y extracción de los cálculos.

En éstos, la morbilidad operatoria fue de 30 % y la mortalidad de 11 %.

RÉSUMÉ

Nous analysons 112 cas de fistules bilio-digestives qui ont été traités à l'Hôpital de Cliniques de la Faculté de Médecine de Montevideo sur une période de dix-neuf années (1953-1972). Nous incluons dans cette nomenclature les fistules bilio-biliares.

Nous trouvons une fistule pour 50 opérations de lithiase biliaire, cette étiologie étant la plus fréquente. Dans 1,7 % des cas seulement la cause de la fistule fut un ulcère duodénal. Les fistules bilio-digestives sont parfois plus fréquentes chez la femme que chez l'homme et la plupart des malades présentent des affections biliaires vieilles de plus de 12 ans.

A peu près la moitié des cas furent hospitalisés pour une complication de la fistule. Plus de 25 % souffrirent à un moment donné d'un ictere. Plus de 25 % également étaient diabétiques et un grand nombre obèses.

On compte 26 cas d'iléus biliaire (23,2 %), 14 angiocholites (12,5 %), 4 hémorragies digestives (3,5 %) et 5 sténoses gastro-duodénales (4,4 %).

Dans 109 cas le diagnostic fut confirmé par l'intervention chirurgicale et dans 3 cas par la nécropsie.

Dans 8 cas (7,1 %) la fistule est accompagnée d'un cancer de la vésicule.

Les fistules cholécysto-duodénales furent au nombre de 73 (65 %), les cholécysto-coliques: 12 (10,7 %) et les cholécysto-gastriques: 5 (4,4 %).

Dans la plupart des cas le traitement consista en la fermeture duodénale et cholécystectomie. Dans les iléus biliaires on réalisa l'entérotomie et l'extraction des calculs. Dans ces derniers cas la morbidité opératoire fut de 30 % et la mortalité de 11 %.

SUMMARY

A hundred and twelve cases of biliodigestive fistulas treated at the University Hospital of the College of Medicine (Hospital de Clínicas) of Montevideo, during a nineteen-year period are analyzed (1953-1972). Biliobiliary fistulas are included.

One fistula was found per every 50 operations for biliary lithiasis, since the etiology of the latter is the most frequent. Duodenal ulcers accounted only for 1.7 % of fistulas. Biliodigestive fistulas are more frequent in women than in men and the majority of patients had biliary history for over 12 years.

Almost half of the cases were hospitalized due to a complication of the fistula; more than a quarter had jaundice at one time or another, over a quarter suffered from diabetes and many of them were overweight. There were 26 gallstone ileus (23,2 %), 14 cholangitis (12,5 %), 4 digestive hemorrhages (3,5 %) and 5 gastroduodenal stenosis (4,4 %).

Diagnosis was confirmed in 109 cases during surgery and 3 in post-mortem examinations.

In 8 cases (7.1 %) the fistula was associated to gall bladder cancer. Cholecystoduodenal fistulas accounted for 73 cases (65 %), cholecystocolic fistulas for 12 (10.7 %) and cholecystogastric fistulas 5 (4.4 %).

The treatment consisted in duodenal closure and cholecystectomy in the majority of cases. In gallstone ileus cases, enterotomy and removal of gallstones was performed. In the latter, operatory morbidity was 30 % and death rate 11 %.