

## Cartas al Director

### Fístula bilioentérica secundaria a perforación de un ulcus duodenal

*Palabras clave:* Fístula bilioentérica. Ulcus duodenal perforado. Inmigrante.

*Key words:* Bilioenteric fistula. Penetrating duodenal ulcer. Inmigrant.

*Sr. Director:*

Se presenta el caso de una fístula bilioentérica colédocoduodenal, secundaria a una perforación duodenal por un ulcus previo en un paciente ecuatoriano.

Paciente varón de 37 años de edad que acude al servicio de urgencias por un cuadro de dolor abdominal epigástrico de 2 días de evolución acompañado de fiebre de hasta 39 °C, escalofríos y coluria, sin ictericia. Entre sus antecedentes destaca el diagnóstico poco claro de ulcus duodenal un año antes. A la exploración física destaca una temperatura de 38,5 °C, tensión arterial 130/70 mmHg, frecuencia cardíaca 74 latidos por minuto. Abdomen con dolor a la palpación en epigastrio sin signos de irritación peritoneal.

En las pruebas complementarias realizadas presenta en la analítica una hemoglobina de 12 g/dl; hematocrito 35%; VCM 89 fl; plaquetas 366 x 10<sup>3</sup>/μl; leucocitos 11.500 (n = 74,4%). Coagulación: actividad de protrombina 95%, fibrinógeno 596. Bioquímica: GOT 56; GPT 112; FA 1364; GGT 333. Bilirrubina total 1,5; bilirrubina directa: 0,76. PCR 6,8. Función renal normal. Marcadores tumorales: normales. Serología de virus: VHA, VHB, VHC e VIH negativos. Ac anti-amebiasis e hidatidosis negativos.

Radiografía de tórax normal. En la ecografía abdominal destaca la presencia de neumbilia y dilatación de la vía biliar intrahepática. En la tomografía axial computarizada se apreció neumbilia, una imagen hipodensa redondeada de unos 2,5 cm que parece corresponder a colección intrahepática en segmento IV

así como otras otras pequeñas colecciones hipodensas menores de 1 cm localizadas en mismo segmento (Fig. 1). Ante estos hallazgos se decide realizar una colangio-resonancia magnética nuclear en la que se visualizó una lesión de baja intensidad de señal, de unos 2,5 cm de diámetro que podría ser compatible con colección intrahepática, así como otras pequeñas colecciones menores de 1 cm. Vía biliar intra- y extrahepática de morfología irregular discretamente arrosariada compatible con colangitis.

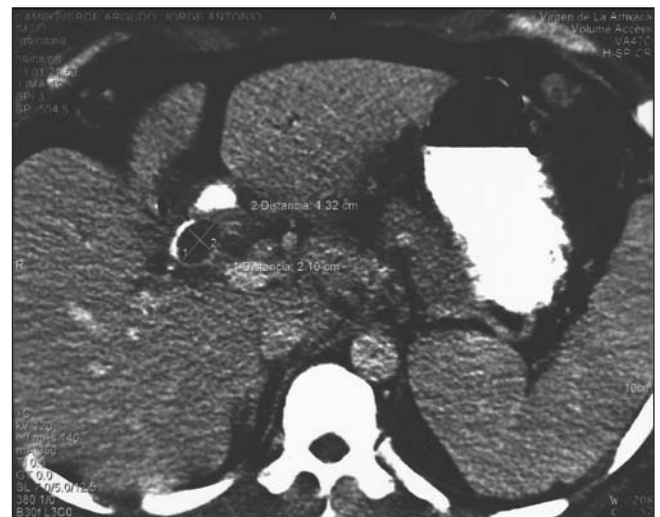


Fig. 1. TAC Abdominal. Absceso de 2,5 cm en segmento IV.

Con la clínica y los datos complementarios obtenidos, se instaura antibioticoterapia con piperacilina/tazobactam 4 g/500 mg cada 8 horas, tras la cual se observa una reducción de la fiebre durante cuatro días, a partir de los cuales vuelve a presentar fiebre en picos de hasta 38,5 °C con escalofríos acompañándose de vómitos biliosos.

Por el antecedente poco claro de ulcus duodenal, se realiza una endoscopia digestiva alta, evidenciándose un bulbo duodenal deformado y una fístula duodenobiliar con orificio de

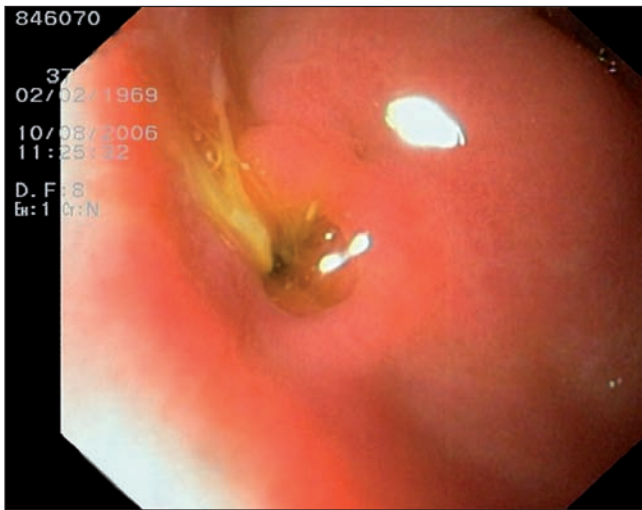


Fig. 2. Endoscopia digestiva alta. Orificio de 0,3 mm a nivel de bulbo duodenal por donde fluye bilis.

0,3 mm, por el que fluye bilis de manera continua (Fig. 2). Con el diagnóstico de fístula duodeno biliar con abscesos hepáticos y colangitis supurativa, se indica la intervención quirúrgica.

En la intervención, se encuentra una vesícula escleroatrófica y una intensa retracción hepática, duodenal e hiliar a consecuencia del plastrón inflamatorio, además de la fístula duodenobiliar, a expensas de un ulcus duodenal perforado a vía biliar, con dilatación de la vía biliar intrahepática. Se realiza colecistectomía, sección de la fístula, sutura del orificio duodenal y hepaticoyunostomía término-lateral, dejando dos tutores en ambos orificios hepáticos (a lo Witzel) para facilitar el drenaje biliar.

El paciente evoluciona favorablemente, retirándose los tutores a los quince días. Tres meses más tarde, se encuentra asintomático, afebril y con mejoría de los patrones analíticos.

Hay distintas variedades de fístula bilioentérica. Las más frecuentes son las que afectan a la vesícula y generalmente son debidas a litiasis biliar. En cambio, las que afectan a colédoco son mucho menos frecuentes y suelen estar ocasionadas por lesiones de tipo ulceroso (1,2), siendo el caso que nos ocupa.

En los últimos años hay muy pocos casos descritos en la literatura de fístula bilioentérica colédoco-duodenal. El motivo es la disminución de la incidencia de perforación del ulcus péptico gracias a los IBP (3). Estamos asistiendo a un incremento en las

complicaciones de la úlcera duodenal entre la población inmigrante.

Aunque se han descrito casos tratados con éxito con tratamiento médico o con sellos de fibrina, la mayoría de los autores defienden el tratamiento quirúrgico (4,5). En este caso, con mayor razón debido a la presencia de abscesos hepáticos, lo que llevó a una cirugía poco usual por el amplio plastrón inflamatorio en el que se encontraba inmerso el hilio hepático realizando una resección de la vía biliar extrahepática más alta de lo habitual, haciendo la anastomosis del conducto hepático cerca de su bifurcación. Respecto a los abscesos, se decidió tratarlos con antibioticoterapia con una buena evolución del paciente. Tampoco se realizó cirugía sobre la enfermedad ulcerosa (vagotomía o piloroplastia), como recomiendan algunos autores procediendo únicamente al cierre del orificio fistuloso a nivel de duodeno (6).

M. Valdés Mas, A. M. Vargas Acosta, H. Salama Benarroch  
y F. Carballo Álvarez

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario  
"Virgen de la Arrixaca". El Palmar, Murcia*

## Bibliografía

1. Cavallaro A, Lauretta A, Lizzio A, Cavallaro M, Cavallaro V. Duodeno-colecystic fistula, a rare complication of duodenal ulcer. A case report. *Ann Ital Chir* 2005; 76 (6): 573-6.
2. Fowler CI, Sternquist JC. Choledochoduodenal fistula: a rare complication of peptic ulcer disease. *Am J Gastroenterol* 1987; 82 (3): 269-71.
3. Topal U, Savci G, Sadikoglu MY, Tuncel E. Choledochoduodenal fistula secondary to duodenal peptic ulcer. A case report. *Acta Radiol* 1997; 38 (6): 1007-9.
4. Parekh D, Segal I, Ramalho RM. Choledochoduodenal fistula from a penetrating duodenal ulcer. A case report. *S Afr Med J* 1992; 81 (9): 478-9.
5. Brady AP, Malone DE, Tam P, McGrath FP. Closure of a duodenal fistula with fibrin sealant. *J Vasc Interv Radiol* 1993; 4 (4): 525-9.
6. Amar A, Ribeyre D, Lombard F, Yonneau L, Egarnes M, et al. Choledochoduodenal fistula: an unusual complication of duodenal ulcer. *Gastroenterol Clin Biol* 1996; 20 (4): 394-6.