FISTULA BILIO-DUODENAL (Reporte de un caso de sangrado digestivo masivo)

Mario Barba Figueroa *

Manuel Piza Escalante *

REPORTE DEL CASO:

Paciente masculino de 77 años de edad, sin antecedentes previos de importancia. Ingresó por primera vez en Febrero del 84 con historia de dolor de inicio súbito, severo constante, localizado en epigastrio, sin otra sintomatología acompañante. A la exploración física se encontró paciente obeso, conciente, orientado, cooperador bien hidratado, cardiopulmonar normal, abdomen con abundante pániculo adiposo con dolor a la palpación superficial y profundo en epi y mesogastrio, difícil palpar visceromegalías. Los exámenes de laboratorio corroboraron el diagnóstico de Pancreatitis aguda al obtenerse una amilasa sérica en 2690u. Se maneja medicamente con sonda nasogástrica, líquidos y electrolitos adecuados, analgésicos, evolucionando satisfactoriamente, de tal forma que egresa al sexto día con diagnóstico de pancreatitis aguda. No se realizaron exámenes complementarios de gabinete. Su segundo ingreso ocurre dos meses después, es decir en Abril del 84 y lo hace por presentar cuadro de sangrado digestivo alto, caracterizado únicamente por la presencia de melena y con un Hcto inicial de 23 (Hcto en ingreso previo 45). Se observa en esta ocasión conciente, orientado con palidez de tegumentos, cardiopulmonar normal, sin ictericias y abdomen sin mayores datos clínicos. Ingresó al Servicio de Medicina donde se inicia su tratamiento con transfusión sanguínea, cimetidina y Aldrox. A las primeras 24 horas se trata de realizar gastroscopía, la cual no es posible por falta de cooperación del paciente, se recomienda estabilizar su sangrado para realizar un nuevo intento. El paciente persiste con melena franca y disminución progresiva de sus Hctos; sus lavados gástricos persistían negativos. Al cuarto día de su ingreso y ante la persistencia de este cuadro se solicita interconsulta al Servicio de Cirugía; encontrándose un paciente hipotenso 90/60 con FC 140x', pálido, diaforético y con transfusión hasta ese momento de 5 Lts. de sangre total. El paciente es llevado a Sala de Operaciones donde se describen los siguientes hallazgos: Se encuentra una úlcera gigante que compromete la 1era. y 2da. porción de duodeno, perforada y penetrada a hígado y vías biliares y el sangrado activo proveniente de la arteria cística, la cual probablemente había sido corroída por el ácido gástrico. Se realizó liga-

dura de la arteria cística, duodenostomía colocándose Sonda de Petzer, cierre de la úlcera y gastroenteroanastomosis. Se dejaron 2 drenajes de Penrose en área para-duodenal. En los exámenes de laboratorio realizados en su post-operatorio se encontró como dato importante hipoalbuminemia (2.6), Hcto 32, electrolitos, PFR, PFH, normales. Los primeros días el paciente recuperó favorablemente, se mantuvo drenando abundantemente por la sonda de Petzer y Penrose (800-1000cc/día), se maneja con coloides y cristaloides y comenzaba a tolerar la vía oral. Se inició al 7 día la hiperalimentación endovenosa en vista de que no había evidencia de que mejorara su fístula externa. Al onceavo día post-operatorio comenzó a elevar temperatura y la secreción por el penrose adquirió características bilio-purulenta. Al trezavo día amanece en franco estado séptico, es trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos donde fallece posteriormente. La autopsia reveló la presencia de pancreatitis aguda necrótica, Dehiscencia del Muñon duodenal y Peritonitis.

COMENTARIO:

Se presenta un caso de Sangrado digestivo alto masivo de causa poco frecuente y presentación atípica. La tendencia normal del sangrado digestivo por úlcera duodenal es la detención espontánea, lo cual ocurre en cerca del 90% de los casos y en los casos en que el sangrado persiste, generalmente se encuentra una úlcera muy profunda con erosión a una o varias arterias periduodenales. En este caso lo que parece haber ocurrido es una adherencia de la vesícula biliar al duodeno, lo cual se presenta en el 1.7% de las úlceras duodenales; erosionando la arteria cística, previa formación de la fístula bilio-digestiva. Como contribuyentes importantes al fatal desenlace de este paciente podemos señalar la hipoalbuminemia; la cual en estudios realizados por Seltzer y colab. se ha demostrado una incidencia 4 a 6 veces más alta de dehiscencias de sutura y acompañado de una alta mortalidad en pacientes que presentaron valores de albúmina menores de 3gr%. La dehiscencia del duodeno también puede deberse a isquemia o bien a la Infección Intraabdominal. Debe recordarse además que pacientes sometidos a Cirugía Gástrica son candidatos a pancreatitis post-operatoria. En cuanto al uso de hiperalimentación consideramos esta medida de suma importancia y utilidad cuando se inicia en los primeros días del post-operatorio, mejor

* Cirujanos Asistentes del Servicio de Emergencias del Hospital San Juan de Dios.

aún en el preoperatorio pero es de poca utilidad cuando el paciente ha llegado a un estado severo de desnutrición con falla multisistémica en el cual la sobrevida es difícil independientemente de las medidas que se apliquen.

RESUMEN:

Se presenta un caso de sangrado digestivo alto secundario a la formación de una fístula bilio-duodenal con el objeto de tener esta entidad ante todo sangrado digestivo alto, y hacer énfasis en el inicio temprano de la alimentación endovenosa.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— *Bacteria y Septic complications in patients with perforated duodenal Ulcers.* Boey J, etal DM J. Surg 1982 May; 143 (5): 635-9.
- 2.— *Bleeding Peptic Ulcer. 10 years Experience.* Bekada H, etal. Am J. Surg. 1984 MAR; 147 (3): 375-7.
- 3.— *Instant Nutricional Assessment.* J. Parent. ent. Nutr. 3: 157-59, 1979. Seltzer, M.H., Cooper, D.N., Ingler, P.; etal.
- 4.— *Perforations in Acute duodenal Ulcers.* Boey J, etal. Surg. Gynecol Obstet 1982 sug; 155 (2): 193-6
- 5.— *Problem of Prognosis of gastroduodenal hemorrhages in patients with ulcerous disease.* Rev. Med internus (Med Internus) 1982 Jul-Aug; 34 (4): 319-21.
- 6.— *Surgical Manangement of Bleeding Chronic Peptic Ulcer. A 10-year Prospective Study.* Huat PS. Ann Surg 1984 Jan, 199 (1): 44-50.
- 7.— *The Failures of gastric surgery.* Kennedy T, Br. J. Surg 1981 oct; 68 (10): 677.