

## Fístula Colecisto-Duodenal como causa de Hemorragia Digestiva Alta

Colecystoduodenal fistula as cause of High digestive hemorrhage

Dr. Jorge Cuadros Pinto \*



### RESUMEN

Se presenta el caso de paciente de 83 años que presentó cuadro de hemorragia digestiva alta que requirió laparatomía, encontrándose que el sangrado provenía de fístula colecisto-duodenal que comprometía los vasos proximales de la arteria cística. Se hace una correlación de la casuística de hemorragia digestiva alta y de casos parecidos descritos en la literatura mundial. Se señalan también algunas medidas que deben tomarse en el pre e intraoperatorio en este tipo de situaciones.

*Palabras claves: Fístulas colecisto duodenales, hemorragia digestiva alta.*

### SUMMARY

We present clinical report of patient 83 years old that had high digestive hemorrhage that need laparotomy, showing that bleeding originate by colecystoduodenal fistula with compromise of proximal vessels of cystic artery.

We make a correlation between high digestive casuistic and similar cases published in the world literature.

We remember some steps that must make in pre and intraoperating.

*Key words: Colecystoduodenal fistula, hemorrhage, high digestive.*

### INTRODUCCION

La hemorragia digestiva en su expresión clínica a veces plantea dificultades en el diagnóstico clínico obligando en ocasiones, si ésta continúa o hay desestabilización hemodinámica, a que el paciente sea laparatomizado y aun en el acto quirúrgico pone en apuros al cirujano para determinar el sitio preciso del sangrado.

Si el paciente permanece sin desestabilización hemodinámica, debe ser manejado médicamente y sometido tan pronto como se pueda a una serie de exámenes auxiliares que se comentarán en la discusión del presente caso, cuya descripción tiene por finalidad comunicar un caso inusual de hemorragia digestiva alta.

### CASO CLINICO

Paciente de 83 años de edad, que ingresa al Hospital Guillermo Almenara I., con cuadro de hemorragia digestiva expresada por melena y hematoquezia, ausencia de hematemesis. Su nivel de hemoglobina llegó hasta 4 gr.% y luego de terapia de reposición continuaba el sangrado por espacio de 7 días aproximadamente, en que se decide laparatomizar al paciente.

Durante su hospitalización es sometido a estudios diagnósticos: perfil de coagulación normal, fosfatasa alcalina elevada al doble de su valor normal, gamagrafía para in-

vestigación de sangrado digestivo con 88 mTc - Pool, reveló que a las 3 horas se producía discreta concentración en hipocondrio derecho, probablemente en marco duodenal, y/o colon transverso; una endoscopia alta al ingreso del paciente fue catalogada como normal, colonoscopia efectuada negó la presencia de sangrado en el colon izquierdo observándose sangre venosa que venía del lado derecho, una nueva endoscopia alta reveló que, en rodilla duodenal, hacia cara anterior se visualizaba un punto de sangrado activo rojo rutilante; luego de lavado con agua de la zona, impresionaba de apariencia vascular sobre una mucosa levemente elevada, informándose como diagnóstico; lesión sangrante Forrest Ib en duodeno.

Se decide laparatomizar al no cesar el sangrado, encontrándose: fístula colecistoduodenal que comprometía preferentemente el bacinete vesicular, cálculo único grande que ocupaba todo el interior de la vesícula con coágulos y sangrado activo, que atravesaba la fístula y que parecía provenir de ramas proximales de arteria cística y que formaban parte del cuadro inflamatorio del trayecto fistuloso.

Se efectuó colecistectomía y cierre de la abertura duodenal, evolucionando el paciente satisfactoriamente.

### DISCUSION DEL CASO

Se trata de un paciente anciano con hemorragia digestiva, cuyas expresiones clínicas principales de melena y

\* Médico Asistente del Servicio de Cirugía General N° 2 Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, Lima - Perú.



hematoquezia, hicieron impreciso el sitio de sangrado en el tubo gastrointestinal, lo que obligó a efectuar la investigación con exámenes complementarios en todo el tubo digestivo.

El estudio gamagráfico con 99 mTc - Pool, reveló como en muchas ocasiones la ubicación espacial del probable sangrado y que por la superposición de órganos intrabdominales involucra a varios órganos.

La colonoscopia no fue completa y sólo pudo llegar a afirmar que el sangrado intraluminal era anterior al colon transversal.

Una endoscopia digestiva alta fue negativa, pero una segunda, señaló ya, la presencia de probable sangrado en rodilla de marco duodenal. Este hallazgo proporcionó una mayor precisión para señalar la posibilidad de sangrado en tal lugar.

Debemos agregar en este contexto que existen otros análisis más que deben de realizarse en este tipo de pacientes como tomografía axial computarizada que puede señalar la presencia de tumores, e incluso describiendo como en alguna ocasión sangrado por la presencia de várices duodenales, otro examen necesario es la arteriografía selectiva que es muy eficaz en el sangrado activo y que incluso puede utilizarse como terapia, al embolizar vasos que no comprometen la vitalidad del órgano. Otro recurso diagnóstico sobre todo cuando la hemorragia puede ubicarse en intestino delgado es el enteroscopia que en estudios efectuados en países como Europa pueden precisar el diagnóstico en un 45% de hemorragias correspondientes a intestino delgado.

Finalmente cuando todos estos exámenes no precisan el sangrado y el paciente no puede estabilizarse con medidas médicas, debe ser laparatomizado; en este caso en que el punto de sangrado dejaba algún margen de duda, esta (Laparatomía) debe de tener algunos parámetros, como por ejemplo, la colocación de sondas nasogástricas que ayuda a determinar (aunque no siempre) si el sangrado es proximal o distal al píloro debe efectuarse búsqueda sistemática en todo el tubo digestivo de inflamación, tumoración, divertículo, etc. Otro concepto que debe guiar al cirujano es el margen de reflujo antiperistáltico del contenido intestinal, este reflujo no es más de 45 cms. en sentido proximal entonces por el color de la pared intestinal que sugiere a la transiluminación, la presencia de sangrado intraluminal; en este acto operatorio también puede utilizarse enteroscopios intraoperatorios los cuales aún no están disponibles en nuestros hospitales.

Luego de revisar literatura europea y norteamericana, encontramos en promedio, que las causas de sangrado digestivo alto que se presentan con mayor frecuencia son: úlcera duodenal y/o duodenitis 24.48% úlcera gástrica y/o gastritis 17.14%, úlcera esofágica 15.02%, síndrome de

Mallory Weiss 6.7%, várices esofágicas 4.9%, cáncer y tumoraciones malignas del estómago 1-2% 8 (3).

En sangrado digestivo alto, en el que se hace la endoscopia lo más pronto que se pueda, se obtiene un diagnóstico en el 90% de casos.

Otro grupo de causas de hemorragia digestiva alta que está en ascenso es la hemobilia, y en una revisión presentada en el University Hospital Berlín Fourth European Congress of Surgery - Berlín October 1994, de 127 casos de hemobilia, el 30.3% fue causado por procedimientos invasivos, 23.9% por trauma, por proceso inflamatorio en 16.2% por alteraciones vasculares en 14.1% por cálculos en 5.6% por neoplasias en 7.9% (13) y por otros 2.8%.

Otras causas de sangrado digestivo alto con menos incidencia tenemos, tumoraciones benignas y malignas del tracto gastroentérico, discrasias sanguíneas, aneurismas o formaciones pseudo aneurismáticas que sangran al tubo digestivo como por ejemplo aquellas secundarias a cuadros de pancreatitis (8), otros divertículos (16), angiodisplasias (7), hemorragia por várices duodenales, (5), úlceras anastomóticas, etc.

Hablando más cercanamente de entidades parecidas a las que hemos descrito en nuestra presentación del caso tenemos: hemobilia masiva secundaria a colecistitis necrótica hemorrágica (4) por la comunicación de ramas principales de la arteria cística dentro de la pared vesicular, hemobilia como resultado de comunicación de un aneurisma de la arteria cística con el conducto cístico (1,2), sangrado por angiodisplasia de la vesícula biliar (16) y pseudo aneurisma de arteria cística (2).

#### Correspondencia:

Dr. Jorge Cuadros Pinto  
Jr. Sucre 580 - Block 'V' 2° piso 'D'  
San Miguel, Lima - Perú

#### BIBLIOGRAFIA

- 1) **Aguayo A and Cols.** Hemobilia caused by ruptured hepatic artery aneurysm. *Revista Médica Chilena*, 1994 Jun. 691-693.
- 2) **Barba and Cols.** Pseudoaneurysm of the aortic artery's a rare cause of hemobilia. *Canadian Journal Surgery*, 1994 Feb. 64-66.
- 3) **Bateman H.E. and Cols.** Case report primary choriocarcinoma of the stomach. *New Journal of Medicine* 1995 Jul 459-462.
- 4) **Bazzoni and Cols.** Massive hemobilia caused by necrotic hemorrhagic cholecystitis. Report of case. *Minerva Chirurgie*. 1993 Aug. 857, 860.
- 5) **Born P and Cols.** Hemorrhage caused by duodenal varices. *German* 1995. Sep. 1241-1247.
- 6) **Choudari Cp and Cols.** Bleeding duodenal diverticulum. *Endoscopy* 1995 mar 282.

- 7) **Dahreddine M and Cols.** Jejunal andiodioplasmia. A propos of a case and review of the literature. *Annals Chirurgie* 1995 332.
- 8) **Flati G. and Cols.** Severe hemorrhage complications in pancreatitis. *Annal Italy Chirurgie* 1995 Mar 233-237.
- 9) Hospital Barcelona Spain. Cholecistitis a rare cause of haemobilia. *Fourth European Congress of Surgery*. Berlin October 1994.
- 10) **Masson G.** Specialized bleeding unit are the logical way forward in the management of upper gastrointestinal hemorrhage: a two year prospective study. *Gut* 1995.
- 11) **Quine and Cols.** Finding in patients presenting with haematemesis. *Gut*. September 1994. Vol. 35 N° 9.
- 12) **Sokolowski J. and Cols.** Arterio-Venous fistula is a cause of gastrointestinal hemorrhage. *Polish* 1994-Jun 6-13.
- 13) **Spieth ME and Cols.** Haemobilia presenting as intermittent gastrointestinal hemorrhage with sinicalide confirmation. A case report. *Clinical Nuclear Medicine* 1995 May.
- 14) **Tosson G. and Cols.** Endoscopic Identification of Ectopic Small bowel varices. 1995 Jun 608-610.
- 15) **University Hospital Berlin.** Haemobilia: case report, review of the literature. *Fourth European Congress of Surgery Berlin* October 1994.
- 16) **Yudt and Cols.** Scintigraphic detection of haemobilia complicating angiodysplasia *Journal nuclear medicine*. 1994 May: 870-871.