

FISTULAS BILIOBRONQUIALES

A. LLAURADÓ, F. PEÑALVA, R. TRÍAS

El quiste hidatídico representa la causa más frecuente de fistula bilio-bronquial antes que el absceso hepático o subfrénico y que las heridas toracoabdominales. La propagación extrahepática más frecuente del quiste hidatídico es hacia la cavidad peritoneal en primer lugar, seguida de la abertura a pulmón en segundo lugar. Su frecuencia oscila entre el 1,5% hasta un 4%, según el estado de lucha contra la parasitación del país de que se trata. DEVE en 1935 aportaba 279 casos con una mortalidad de un 25%.

Pero hecho interesante, la táctica quirúrgica depende de la óptica terapéutica en que se encuentra el cirujano y así veremos en los distintos casos (3) que la vía de abordaje y técnica empleada ha variado a tenor de la especialización del cirujano (cirujano abdominal o torácico).

Caso 1.º.—Paciente de 26 años de edad, sin antecedentes familiares ni personales de interés.

Hace un año, presentó bruscamente dolor intenso en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho y espalda, seguido de ictericia de piel y mucosas con coluria, siendo etiquetado este cuadro, de una hepatitis. Guardó cama durante un mes. Después de este período de reposo, reemprendió sus ocupaciones habituales, si bien desde entonces, no se encontró ya bien, presentando con frecuencia hipocondralgias derechas discretas, astenia y anorexia.

3 meses después presentó intensa epigastralgia irradiada a hipocondrio derecho, seguida de ictericia, coluria, vómitos y fiebre de 38°. A la exploración presentaba ictericia de piel y mucosas, ligera hepatomegalia, y dolor selectivo en hipocondrio derecho. Se trató con antibióticos, reposo en cama y dieta.

A los tres días la ictericia y la coluria disminuyeron, pero persistía dolor en epigastrio, sobre todo al iniciarse la ingesta.

Se practicaron pruebas hepáticas que fueron normales. Bilirrubinemia de 2,50 U. V.D.

2 semanas después nueva crisis dolorosa, con defensa abdominal, y es diagnosticado de colecistitis aguda e ingresado. Se instaura tratamiento médico y a los pocos días cede el cuadro, por lo que no es intervenido. Es dado de alta pero persiste astenia, anorexia y febrícula.

Se practican colecistografías que son normales, así como los análisis de sangre. El Cassoni y Weinberg, son negativos, y las pruebas hepáticas siguen siendo normales. Se insiste en tratamiento médico no mejorando más que a intervalos breves, ya que periódicamente repite cuadros dolorosos agudos, como los descritos, con subictericia y coluria.

Al mes siguiente aparece pirosis, opresión precordial irradiada a epigastrio, practicándose exploración gastroduodenal que es normal. Los análisis siguen siendo normales, y sólo llama la atención una V. de sedimentación aumentada 90-110. Nuevas colecistografías normales.

Tres meses más tarde es visto por nosotros, explicando que desde hace 5 días, presentaba dolor en hipocondrio derecho con irradiación a hemitórax derecho, vómitos alimenticios y biliosos, fiebre de 38° y coluria. No había tenido ni tenía entonces ictericia, y había cedido el cuadro con tratamiento antibiótico. Había perdido 15 kg en cinco meses. Tenía astenia, pero conservaba el apetito. El día anterior, había reaparecido el dolor en hipocondrio derecho, que persistía a su ingreso, y que se apreciaba a la exploración. Paciente con regular estado general. Piel y mucosas pálidas. No ictericia conjuntival. Temperatura de 37,5. Posición del enfermo de engatillamiento por el dolor. El abdomen blando, con escasa cantidad de panículo adiposo, depresible, y puntos selectivos dolorosos en hipocondrio derecho y epigastrio. No se palpaba hígado ni bazo.

En los análisis practicados, sólo llama la atención la existencia de 9.100 leucocitos con 3 bandas, y VSG de 101 con unas amilasas de 424 unidades.

Durante su ingreso, persiste la fiebre en agujas de hasta 38,5, y las hipocondralgias se presentan a días aislados, tratándose con terramicina 100 mg cada 12 horas, vitaminas y extractos hepáticos. A los 11 días, aparece tos muy productiva y persistente, con aumento de la temperatura que llega a días hasta a 40°, a pesar del tratamiento antibiótico. A la exploración se aprecia zona de matidez a la percusión en base pulmonar derecha plano posterior, y a la auscultación disminución de la ventilación pulmonar en dicha área, con evidentes roncus y sibilancias.

El enfermo está febril, con discreto cuadro de toxemia. Sensorio despejado. Tos con expectoración mucopurulenta no fétida. En la radiografía practicada (28-IX-67), anteroposterior de tórax y transversa derecha, se aprecia una imagen típica de absceso de pulmón en el período inicial postneumónico, en zona que corresponde al lóbulo medio y segmento anterodorsal. Es una forma de comienzo muy favorable al tratamiento postural y quimioantibiótico. Se prescribe Unisulfafenicol y Bristaciolina. Con este tratamiento mejora progresivamente, si bien se mantiene la fiebre, disminuyendo la expectoración.

A los cuatro días, hay una aguja de 40°, gran disnea, tos interna, produciéndose bruscamente una gran expectoración de aspecto espumoso y de color amarillo bilioso. Al día siguiente descenso brusco de la temperatura continuando la expectoración biliosa. Se practica análisis de esputos dando 10 unidades de bilirrubina, no encontrándose gérmenes ni parásitos.

Desde este momento el paciente mejora, decidiéndose la intervención con diagnóstico de quiste hidatídico abierto a vías biliares y perforado a bronquios.

Incisión transrectal derecha desde apéndice xifoides hasta 3 cm por debajo del ombligo. Hígado de tamaño, consistencia y color normales. En lóbulo izquierdo, borde infero-anterior, a unos 4 cm de la implantación del ligamento redondo, existe un quiste hidatídico del tamaño de una naranja, que presenta ligeras adherencias al epiploon gastrocólico que se seccionan previa ligadura. Abertura del quiste que está infectado conteniendo vesículas hijas y mastig manchado de bilis; extirpación de la membrana; puesta a plano seccionando la adventicia con electrobisturí.

Se explora la cúpula del hígado, encontrándose otro quiste hidatídico y por debajo del mismo, en cara pósterio-inferior del lóbulo derecho existe una adherencia íntima de hígado a diafragma en la que suponemos existe la fístula quisto-bronquial.

Se practica colecistectomía previa disección y ligadura cística, y disección del cístico.

La vía biliar principal se presenta dentro de límites normales; es de 0,5 cm

de diámetro. Colangiografía transcística con 2 cc de contraste que muestra un colédoco normal con buen paso de contraste a duodeno.

Se practica una colangiografía ascendente con clampaje de colédoco, rellenándose el árbol biliar y apareciendo una imagen de extravasación de contraste intrahepático correspondiendo al quiste de lóbulo derecho. No se aprecia comunicación del árbol biliar con el quiste de lóbulo izquierdo. Abertura del colédoco extrayéndose del hepático una membrana. Maniobra de Köcher. Abertura duodeno. Exploración papila con el papilotractor de Hepp, que pasa fácilmente a través de ella. Papilotomía amplia para mejorar el drenaje de la vía biliar. Puntos de fijación papila. Sondaje Wirsung. La papila es normal. Cierre de la coledocotomía sobre tubo de Kehr. Cierre duodenotomía. Por la existencia de la fistula quistobronquial y ante la imposibilidad de abordarla por vía trans-torácica posterior, se abre el quiste rechazando hacia abajo la cúpula hepática; aspiración y extirpación membrana e hidátides hijas con las mismas características del primero. Se dejan dos tubos de drenajes y 2 compresas en la cavidad quística que se exteriorizan por la parte superior de la herida.

Se coloca tubo de drenaje en el lecho del quiste del lóbulo izquierdo que se exterioriza por pequeña incisión a la izquierda de la línea media. Tubo subhepático. Cierre de la pared por planos. Piel con seda.

P.P. Vesícula de paredes ligeramente engrosadas mucosa con colesterosis, conteniendo unos pequeños gránulos el mayor de 2 mm de diámetro de bilirrubina.

A partir de la intervención el curso es favorable. Al día siguiente aparece bilirragia que se controla mediante aspiración continua, que al principio es abundante 750, 700, 500, etc., hasta el día 20 de la intervención que disminuye a 100, manteniéndose con intermitencias de 100-200, etc., y aumentando el flujo biliar a través del Kehr a medida que disminuye el de los drenajes.

A los 11 días se retira la gasa de drenaje, manteniéndose los tubos, y a los 38 deja de salir bilis, continuando la bilirragia a través del Kehr que permanece abierto. Finalmente se cierra también éste, no habiendo pérdida de bilis, por lo que se retira un drenaje intrahepático que llevaba, siendo dado de alta a los 58 días de intervenido, manteniéndose el Kehr que lleva cerrado, al pasar a su domicilio.

Llama la atención la mejoría del cuadro pulmonar, a partir del cuadro perforativo, y la desaparición definitiva de la tos y la expectoración a partir de la intervención.

A los 15 días de ser dado de alta, comparece en la consulta, explicando un cuadro de vómitos persistentes, incoercibles, que no ceden con nada.

Al mismo tiempo, dolor sordo en hipocondrio derecho, febrícula y subictericia conjuntival con coluria. Solicitamos análisis con el siguiente resultado: transaminasas oxalacéticas 1.230 unidades. Pirúvicas, 3.000. Bilirrubina total 8,59 y directa 7,20. Fosfatasas alcalinas, 3,8 — 82 de proteínas totales. 11.000 leucocitos y V.S.G. de 5. Con el diagnóstico de hepatitis (?) se establece tratamiento con antibióticos y reposo en cama. Desaparecen los vómitos, la fiebre y la ictericia, encontrándose a los 20 días completamente bien.

En esta fecha las transaminasas son de 48, las oxalacéticas y 400 las pirúvicas.

La bilirrubina, 1,70 la total; 1,17 la directa.

Caso 2.º. — J. M. F., de 34 años.

En 1964, marsupialización de un quiste hidatídico de hígado. Pasados unos meses persiste la fistula biliar externa finalmente se fistuliza en el pulmón, provocando un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda.

Cuando se recupera persiste la biliptisis y se le somete a una lobectomía derecha.

Finalmente queda un empiema pulmonar con fistula cutánea por la que mana bilis a temporadas.

En octubre de 1965 procedemos a una papilotomía que resulta curativa de su fistula torácica.

Caso 3.º. — M. F. M., de 17 años.

En 1960 laparotomía explorada, en 1962 por vía transtorácica se drena un quiste hidático hepático, pero persiste la biliptisis. Un mes más tarde lobectomía inferior derecha y al poco tiempo, reaparece la biliptisis. A los pocos días se procede a la papilotomía transduodenal, cesando definitivamente la biliptisis.

En conjunto aportamos tres casos de fístulas biliobronquiales; en dos, la solución de la biliptisis sólo tuvo lugar cuando se actuó sobre la papila y en el otro ya no dimos ocasión para que apareciera la bilirragia actuando profilácticamente sobre el esfínter de Oddi.

Queremos, sin embargo, resaltar la gravedad y persistencia de estas lesiones que desembocan en una fragilidad evidente de estos enfermos. Se ha invocado la alteración metabólica a que da lugar la bilirragia como el factor más nocivo pero no cabe olvidar que estos quistes suelen ser de pequeño tamaño localizados en la parte superior e inferior del hígado lo que le facilita la compresión de las venas suprahepáticas. Esta compresión sería causa de un estasis venoso que agrava la sobreinfección procedente del árbol bronquial. Es además, un elemento nada despreciable a tener en cuenta en el momento operatorio.

Para terminar diremos que se trata de quistes abiertos primero en el pulmón, secundariamente en los bronquios y siempre en las vías biliares. La táctica quirúrgica se dirige por tanto al quiste hidatídico en primer lugar y a desconectar la cavidad quística del sistema bronco pulmonar restableciendo el flujo biliar hacia el duodeno, tratando el obstáculo que representa la oditis satélite del proceso hidatídico abierto a las vías biliares.

Hospital de la Santa Cruz y San Pablo. Servicio de Cirugía General "C". (Director: Dr. A. LLAURADÓ.)

DISCUSIÓN

Dr. BROGCI. — En los casos en los que la fistula bronquial persiste, se producen lesiones pulmonares irreversibles; por esta causa cuando se comprueba esta complicación debe drenarse precozmente el árbol biliar.

Dr. LORENZO. — Como cirujano torácico que es no cree que estas complicaciones deban tratarse por vía torácica. Drenando el árbol biliar por el abdomen, curan bien.

Recuerda un caso en el que un absceso hepático por angiocolitis produjo una fistula bronquial. También en esta ocasión se curó la lesión pulmonar tratando la afección biliar por vía abdominal.