

FÍSTULA COLEDOCODUODENAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD ULCEROSA

CHOLEDOCHODUODENAL FISTULA SECONDARY TO ULCER DISEASE

J.A. Carnerero-Rodríguez¹, A.M. Moreno-García², L.M. Camacho-Montaño², M.J. Soria-de la Cruz²

¹Hospital de Alta Resolución La Janda. Vejer de la Frontera. Cádiz.

²Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

Resumen

Presentamos un caso de fístula coledocoduodenal secundaria a úlcera péptica manifestado en forma de hemorragia digestiva. Discutimos la forma de presentación clínica, imágenes obtenidas y evolución.

Palabras clave: fístula coledocoduodenal, enfermedad ulcerosa, hemorragia digestiva.

Abstract

We present a case of choledochoduodenal fistula due to peptic ulcer presenting with gastrointestinal bleeding. We discuss the clinical presentation, images obtained and clinical course.

Keywords: choledochoduodenal fistula, ulcer disease, gastrointestinal bleeding.

CORRESPONDENCIA

Jose Antonio Carnerero Rodríguez
Hospital de Alta Resolución La Janda
11150 Vejer de la Frontera (Cádiz)
carnererojosea38m@gmail.com

Fecha de envío: 13/08/2019

Fecha de aceptación: 08/09/2019

Introducción

La fístula coledocoduodenal representa entre un 3,5-8,6% de todas las fístulas bilioentéricas¹. Su origen más frecuente es consecuencia de complicaciones litiasicas, siendo excepcional la etiología ulcerosa¹⁻³.

Caso clínico

Varón de 79 años, broncópata con episodios neumónicos de repetición. Presenta hemorragia digestiva en forma de hematemesis y melenas, con descenso de hemoglobina a 4,3 gr/dL. En endoscopia se identifica, en cara anterosuperior de bulbo duodenal, una úlcera ovalada de 2 cm de diámetro y aspecto penetrado, apreciando sobre su fondo fibrinoso una depresión central con vaso visible (**Figura 1**). Se realiza tratamiento endoscópico en dos ocasiones con hemoclips e inyección de sustancias esclerosantes (**Figura 2**). Ante recidiva hemorrágica y comorbilidad quirúrgica se intenta sin éxito embolización transarterial, evidenciándose en angiografía por tomografía computarizada de abdomen aire en vía biliar y vesícula (**Figura 3 y 4**). Igualmente se observa pérdida del plano de separación entre colédoco y bulbo duodenal sin evidencia de enfermedad litiasica subyacente, siendo estos hallazgos muy sugestivos de complicación fistulizante entre ambas estructuras (**Figura 5**). El paciente presenta evolución tórpida falleciendo por complicación de patología respiratoria de base.



Figura 1

Úlcera ovalada de 2 centímetros de diámetro y aspecto penetrado, situada en cara anterosuperior de bulbo duodenal. Se observa sobre su fondo fibrinoso una depresión central con vaso visible compatible con trayecto fistuloso.



Figura 2

Tratamiento endoscópico de la úlcera duodenal con colocación de dos hemoclips



Figura 3

Corte axial en fase portal de tomografía computarizada con contraste intravenoso de abdomen, donde se observa aire en vía biliar intrahepática.



Figura 4

Corte axial en fase arterial de tomografía computarizada con contraste intravenoso de abdomen, donde apreciamos aire en vesícula biliar.



Figura 5

Corte axial en fase arterial de tomografía computarizada con contraste intravenoso de abdomen. Se observa aerobilia y pérdida del plano graso de separación entre colédoco y bulbo duodenal, siendo estos hallazgos muy sugestivos de complicación fistulizante entre ambas estructuras.

Discusión

Descrita por primera vez por Long en 1840, la fístula duodenocoleociana por úlcera péptica es una entidad extremadamente rara^{1,4}. Sus síntomas varían desde los propios de la enfermedad ulcerosa a episodios de colangitis recurrente²⁻⁵. La presencia de aerobilia en ausencia de manipulación biliar previa sugiere el desarrollo de esta complicación²⁻⁵. Endoscópicamente podemos encontrar el orificio fistuloso con drenaje espontáneo de bilis en el seno de una úlcera penetrada^{1,3,5}. El tratamiento debe individualizarse dada su baja prevalencia²⁻⁵.

Bibliografía

1. Chaouch MA, Nacef K, Ghannouchi M, Khalifa MB, Chaouch A, Abdelkafi M, et al. Choledochoduodenal fistula due to peptic duodenal ulcer diagnosed by X-barium meal study: interest of medical treatment. *Pan Afr Med J.* 2018;29:177

2. Wu MB, Zhang WF, Zhang YL, Mu D, Gong JP. Choledochoduodenal fistula in Mainland China: a review of epidemiology, etiology, diagnosis and management. *Ann Surg Treat Res.* 2015;89(5):240-246

3. Wani SA, Mufti GN, Bhat NA, Baba AA, Khursheed S. Duodenal ulcer complicated with choledochoduodenal fistula and pneumobilia in a young child: A very rare case report. *J Med Res.* 2015;1(6):156-157

4. Bhaviya BS, Kar A, Dutta M, Mandal A, De Bakshi S. A case of choledochoduodenal fistula - an unusual case report. *Clin Case Rep.* 2017;5:1462-1464

5. Jiménez R, Caballero A, Redondo E. Choledochoduodenal Fistula Secondary to Ulcer Disease Presenting With Gastrointestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16(10):104-105