

# FÍSTULA COLEDOCODUODENAL SECUNDARIA A ENFERMEDAD ULCEROSA

## CHOLEDOCHODUODENAL FISTULA SECONDARY TO ULCER DISEASE

J.A. Carnerero-Rodríguez<sup>1</sup>, A.M. Moreno-García<sup>2</sup>, L.M. Camacho-Montaña<sup>2</sup>, M.J. Soria-de la Cruz<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Hospital de Alta Resolución La Janda. Vejer de la Frontera. Cádiz.

<sup>2</sup>Hospital 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](mailto: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 bilioentéricas<sup>1</sup>. Su origen más frecuente es consecuencia de complicaciones litiasicas, siendo excepcional la etiología ulcerosa<sup>1-3</sup>.

### 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 4**

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



**Figura 2**

Tratamiento endoscópico de la úlcera duodenal con colocación de dos hemoclips



**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.



**Figura 3**

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

## Discusión

Descrita por primera vez por Long en 1840, la fístula duodenocoleociana por úlcera péptica es una entidad extremadamente rara<sup>1,4</sup>. Sus síntomas varían desde los propios de la enfermedad ulcerosa a episodios de colangitis recurrente<sup>2-5</sup>. La presencia de aerobilia en ausencia de manipulación biliar previa sugiere el desarrollo de esta complicación<sup>2-5</sup>. Endoscópicamente podemos encontrar el orificio fistuloso con drenaje espontáneo de bilis en el seno de una úlcera penetrada<sup>1,3,5</sup>. El tratamiento debe individualizarse dada su baja prevalencia<sup>2-5</sup>.

## 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