



IMAGEN DEL MES

Fístula duodeno-biliar: una complicación infrecuente de una úlcera duodenal



Duodenal-biliary fistula: An uncommon complication of duodenal ulcer disease

Ana Aparicio Serrano*, Ángel González Galilea, María Isabel Rodríguez Tirado y Juan Jurado García

Unidad de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España

Caso clínico

Varón de 84 años, admitido en el Servicio de Urgencias por cuadro de hematemesis, inestabilidad hemodinámica y requerimiento transfusional. Tras reposición volémica se realizó gastroscopia precoz, que mostró una úlcera en cara anterior de bulbo duodenal con sangrado «en jet», que se trató con endoclip, y una solución de continuidad en el área fibrinada. Se completó estudio con una TC abdominal urgente en la que se evidenciaba aerobilia en vía biliar intrahepática y colédoco, así como un nivel hidroaéreo en la vesícula biliar, hallazgos compatibles con fístula de la úlcera duodenal con vía biliar. Se consensuó con el Servicio de Cirugía un tratamiento conservador, dada la comorbilidad del paciente y la ausencia de alteraciones analíticas (figs. 1-2).

Discusión

Una fístula bilioentérica es una comunicación anormal del árbol biliar hacia el tracto gastrointestinal. Puede aparecer tras una cirugía o espontáneamente en el contexto de patología biliar. Más rara es la aparición de este tipo de fístulas como complicación de una enfermedad ulcerosa péptica¹.

La clínica varía desde la ausencia de síntomas hasta los propios de la enfermedad ulcerosa péptica o biliar. En los casos asintomáticos, el diagnóstico suele ser incidental en el curso de un estudio endoscópico o radiológico. La presencia de aerobilia en ausencia de manipulación de la vía biliar orienta hacia el diagnóstico de esta complicación².

El tratamiento suele ser quirúrgico mediante resección de la fístula y reparación de la perforación. No obstante,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: aparicioserranoana@gmail.com
(A. Aparicio Serrano).

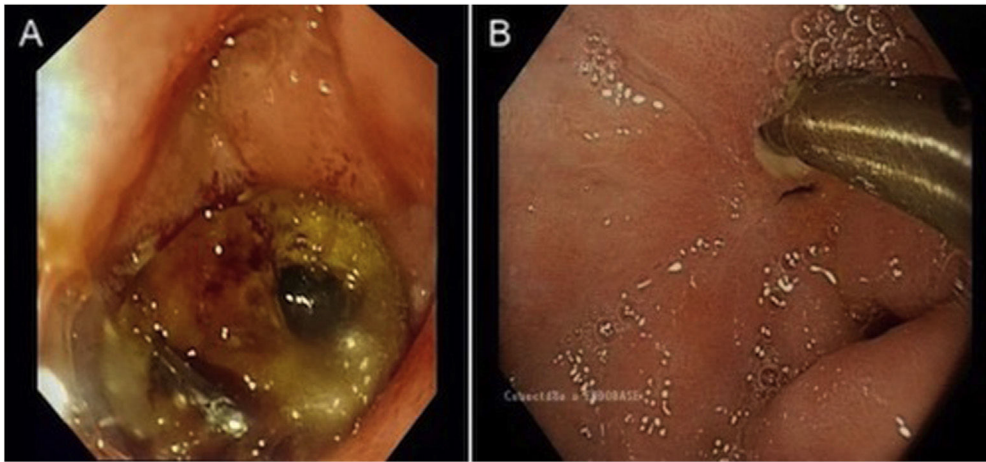


Figura 1 A) Úlcera en bulbo duodenal parcialmente fibrinada, con vaso visible pulsátil y clip de hemostasia. B) Control endoscópico a las 12 semanas: salida de bilis clara a través de orificio fistuloso sobre úlcera duodenal fibrinada.

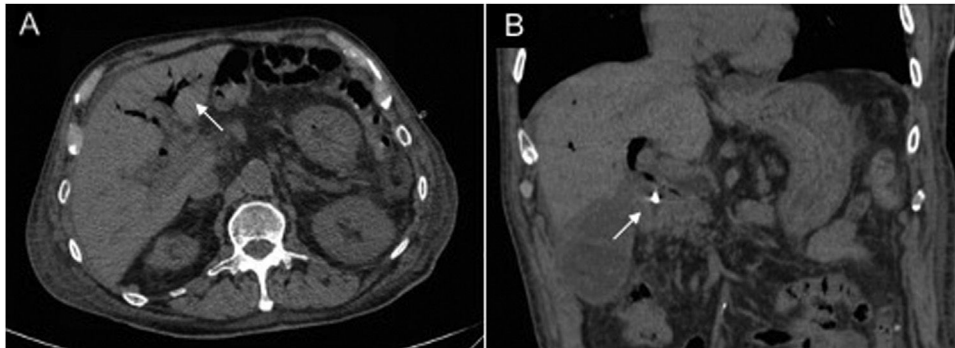


Figura 2 A) Presencia de aerobilia en la vía biliar intrahepática. B) Presencia de aerobilia en vía biliar intrahepática y colédoco y clip metálico en área del bulbo duodenal, hallazgos sugestivos de fístula duodeno-biliar.

debería individualizarse según la situación clínica y comorbilidad del paciente: en ocasiones es suficiente la combinación del tratamiento médico y endoscópico hasta conseguir la cicatrización ulcerosa³.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Bibliografía

1. 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;89:240–6.

2. Kachi A, Kanj M, Khaled C, Nassar C, Bou Rached C, Kansoun A. Choledochoduodenal fistula secondary to peptic ulcer disease: A case report. *Am J Case Rep.* 2019;20:398–401.
3. Jiménez-Rosales R, Caballero-Mateos A, Redondo-Cerezo E. Choledochoduodenal fistula secondary to ulcer disease presenting with gastrointestinal bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2018;16:104–5.