

Fístula bilio-duodenal espontânea

Dr. Salvador Gonzales

OBSERVAÇÃO CLÍNICA

José Z., branco, casado, com 43 anos de idade; comerciante e residente no município de Cachoeira.

H. M. A. Queixa-se de sensação de enfartamento gástrico post-prandial e de dor epigástrica sem irradiação, que surge tardiamente 4 a 5 hrs. após a refeição, apresentando as vezes as características de fome dolorosa.

Nega vomitos; acusa azia moderada, acolmada pelo uso de alcalinos.

Prisão de ventre pouco intensa, que nunca foi entrecortada por crises diarreicas.

Nada mais acusa em relação a outros aparelhos ou sistemas orgânicos.

Interrogado mais detidamente, em relação aos seus padecimentos digestivos, precisa as seguintes informações. Nunca se preocupara mais com sua doença de estômago (sic) que diz ter começado há 20 anos passados, mas que ultimamente a intensidade em aumento dos seus sofrimentos obrigara-o a procurar cuidados médicos.

Tratado, ora como hepático, ora como gástrico e não tendo conseguido melhoras satisfatórias vêm a nossa consulta.

Acrescentamos, pela anamnese pormenorizada, aos dados inicialmente fornecidos, mais os seguintes: sofrendo por crises, não muito violentas, sem periodicidade e nem mesmo regularidade nas manifestações subjetivas post-prandiais, ora acusa como sintoma mais violento a sensação, de peso após a ingestão alimentar, acompanhada de arroto, ora a dor epigástrica tardia, que não guarda relações estreitas com os ingestas, nem com a natureza ou quantidade dos alimentos.

O sintoma dor, precisado em relação a sede se nos depara como sendo esta epigástrica e o mais das vezes para-retal direita; ora difusa, ora localizada, sem irradiação.

Em relação a qualidade do sintoma dor, o paciente não sabe a que compara-la, dando-lhe muitas vezes a impressão de fome excessiva.

Nestas ocasiões a ingestão alimentar, exerce ação sedativa parcial.

Em relação á intensidade, foi ela sempre moderada, não existindo crises paroxísticas.

Entretanto informa que há seis meses foi acordado pela madrugada por violentas dores, espalhadas a todo o ventre, mas de maior acuidade ao nível do estômago (sic).

Tal episodio doloroso vai amainando com o decorrer do dia, e pela tardinha, o paciente tem violentas colicas intestinais (sic) que são seguidas de expulsão de uma pedra de fôrma arredondada, do tamanho de um carogo de pecego segundo sua comparação dimensional, e que lhe chamara atenção pelo seu pouco peso.

O medico assistente vendo a pedra no dia seguinte, dissêra que a mesma era do intestino.

O acidente doloroso do paciente, não foi precedido nem seguido de ictericia; e permitiu que abandonasse o leito em 48 hrs.

Durante o mesmo, não se lembra de ter tido vomitos.

Após a crise, J. Z. acha que melhorou em relação a dôr, mas persiste, até mesmo, aumentada a sensação de peso após as refeições, com impressão de má digestão, e de uma certa tensão dolorosa ao nível do figado (sic).

A. P. Sempre gozou boa saúde, pois só ultimamente é que se considera doente, nunca tendo dado maior importancia aos seus sofrimentos digestivos.

Quando mogo foi vitima do Neisser, julgando-se perfeitamente curado.

Nega infecção sifilitica.

Além do acidente doloroso que o levou a cama durante 48 hrs. nos relata que ha 2 mezes e durante dez dias apresentou temperatura alta, nas proximidades de 40°, acompanhada de crises sudorais, e de discreta reação dolorosa no figado, quadro que foi diagnosticado como para-tifo.

Em 1929, lhe appareceu um tumor (sic) no lado esquerdo do pescoço; veio a esta capital, onde fez a conselho medico, applicações de raios X que determinaram a desaparição do tumor, sobre cuja natureza nada soube precisar.

A. H. Nada de maior.

EXAME CLINICO

Paciente do bio-tipo normolineo, com regular paniculo adiposo e ótimo desenvolvimento das massas musculares.

Mucosas visiveis de coloração normal.

Rêde ganglionar impalpavel.

A inspecção e apalpação da região, outrora séde do tumor, no pescoço, nada de anormal revela.

A. D. Boca: Dentes regularmente conservados, bem implantados, com ausencia de alguns.

Não se notam sinais objetivos de infecção focal.

Amigdalas atrofiadas; não dão puz a expressão.

Abdomem: Levemente globuloso; massas musculares bem desenvolvidas.

Não se notam retrações ou abaulamentos localizados. Não se observam cicatrizes de especie alguma.

Pela apalpação superficial nada de maior; pela profunda, se constata reação dolorosa muito difusa e vaga, ao nível do epigastrio — Manobra de Murphy negativa — Pontos appendiculares indolores.

Colons impalpáveis — Timpanismo normal.

A. C.: Coração ao exame clínico, normal. Pulso 80 por minuto, ritmado.

Pressão arterial, no oscilatonometro de Von Recklinghausen Mx-13 Mn-8.

A. R.: Normal

A. G. U. Nada de maior ao exame externo.

Sistema nervoso: Reflexos superficiais e profundos todos presentes e normais, o mesmo sucedendo com os pupilares.

DIAGNOSTICO DE PROBALIDADE

Em face dos dados anamnesticos e dos colhidos pelo exame clínico, uma hipótese diagnostica, fundamentada exclusivamente pelos primeiros, nos era simpática: nosso paciente deveria ser portador de um complexo gastro-viscérico de repetição, condicionado a uma colecistopatia antiga, provavelmente calculosa, complicada posteriormente por lesão ulcerosa do bulbo.

Em relação á crise dolorosa que o paciente apresentára seis mezes antes não tínhamos opinião dignostica bem formada.

O tamanho do calculo expellido, e a falta de sinais de um comprometimento intercurrente do colodóeo, pairavam em nosso raciocínio clínico, como duvidas sobre a possível natureza vesicular do mesmo.

O processo febril, diagnosticado como paratifo, não mereceu nossa atenção; parecia-nos destituído de qualquer relação com os males de que se queixava o paciente, e nem de longe despertou a lembrança, de que o mesmo, fosse determinado por um surto agudo de angio-colecistite; faltavam-lhe muitos sinais clinicos para tal.

Visando confirmar nossa hipótese diagnostica, e na procura de novos elementos para a mesma propuzemos um exame radiológico da vesícula, estomago, e duodeno que foi aceito pelo paciente.

Iniciado pelo exame da vesícula, a prova colecistografica, feita com todo o rigor da tecnica não mostrou opacificação do colecisto.

Tal resultado confirmava parcialmente nosas previsões diagnosticas.

Parcialmente sim, porque não damos valor absoluto, a não opacificação da vesícula na elucidação diagnostica de uma colecistopatia.

Transcrevemos a continuação do relatorio da exploração radiológica gastro-duodenal.

RADIOSCOPIA E RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO EM SERIE — RELEVOGRAFIA GASTRO-DUODENAL

Dados radioscopicos

Estomago: Ausencia de liquido de estase em jejum.

Ingestão inicial de 150 grs. de contraste; transito normal no esofago e cardia.

Enchimento regular da cavidade gastrica de cima para baixo com exagerada reação tónica das paredes do órgão.

A camara de ar não se modificou durante a ingestão.

Mobilidade extrínseca boa; sensibilidade normal na área de projeção gastrica.

Início precoce do peristaltismo; ondas de forte intensidade percorrendo uniformemente ambas curvaturas.

Franco predominio dos periodos de atividade sobre as fases de repouso, com esvaziamento rapido do estomago.

Piloro: Fase diastolica de grande amplitude e longa duração; transito sem obstaculos.

Bulbo: Não se conseguiu visualiza-lo em fase de repleção.

Inicialmente e dada a grande amplitude da fase diastolica e a facilidade do transito pilorico julgamos que a falta de repleção do bulbo estava em parte condicionada ás causas apontadas e á um certo grau de espasticidade do mesmo.

Pela radioscopia tinhamos a impressão que o piloro se continuava sem limites precisos com a II porção do duodeno.

Visando obter a repleção completa do bulbo, procuramos obstar o transito duodenal por compressão exercida sobre o angulo duodeno-jejunal contra a coluna lombar, o que foi conseguido, enquanto a radioscopia mostrava que parte do conteúdo duodenal reflua para o estomago, outra parte, desenhando estreito e irregular conduto se dirigia para cima e para a direita, onde se espraiando lentamente, ia aos poucos formando uma imagem de aspéto diverticular.

Peze ás longas interrupções do transito duodenal, conseguidas artificialmente, não foi possível obter a repleção do bulbo, mas apenas aumentar a quantidade de contraste do pseudo diverticulo.

A palpação na área de projeção habitual do bulbo, não provoca reação dolorosa, como também é indolor a zona de projeção do pseudo-diverticulo.

Nas mudanças de posição se constata relativa fixidez da zona em aprego.

Arco duodenal: Transito sem obstaculos; contrações peristalticas de boa intensidade; não se visualizaram ondas anti-peristalticas.

Dados radiograficos

Estomago: Do tipo hipotonico em situação normal.

Pólo inferior situado acima da linha bis-iliaca na ortostasia.

Grande curvatura de aspéto franjado.

Pequena curvatura deformada por uma contração peristaltica.

Antro de contornos regulares.

Piloro: Fase diastolica de grande abertura; situação centrica, se continuando sem limites precisos com a "parte descendente".

Região bulbar: As radiografias seriadas mostram:

Ausencia de imagem típica do bulbo.

Na sua área de projeção normal se notam pequenos e irregulares depositos de contraste. Para cima e para a direita da séde habitual

do bulbo, se constata a presença de um pequeno conduto irregularmente opacificado, que termina num receptaculo de aspéto diverticular, cuja cupula é inicialmente ocupada por uma bolha de ar, que foi deslocada posteriormente pelo contraste.

Uma vez cheio o receptaculo em apreço se verifica que o mesmo apresenta contornos regulares lembrando pela sua situação a da vesícula mas com dimensões muito inferiores ás de um colecisto normal.

O esvaziamento do pseudo diverticulo foi controlado radioscopica e radiograficamente 4, 8, 12, 16 e 24 hrs. após a ingestão do contraste, verificando-se que o mesmo ainda continha restos de bario, depois do ultimo prazo horario (vide radiografias).

Em algumas das radiografias se constata com toda nitidez, a presença de gases na arvore biliar.

Arco duodenal: Não oferece nenhuma particularidade digna de nota.

Relevografia gastro-duodenal: O estudo da radiografia permite apreciar, a distribuição muito irregular das dobras mucosas que perderam sua orientação e dimensões normais.

A mucosa do arco duodenal, exterioriza aspéto radiologico normal.

A relevografia gastro-duodenal ainda mostra uma particularidade interessante: no lado interno do arco duodenal, se notam pequenas porções de contraste que pela sua orientação lembram o trajéto intra-pancreatico do colédoco.

Deduções

Sinais relevograficos de gastrite.

Hipertonia, hipercinesia e hipermotilidade gastricas.

Os dados radioscopicos e radiograficos constatados ao nível da região bulbar traduzem a presença de uma fistula bilio-duodenal justificada ainda pela penetração de gases na arvore biliar.

Radiograficamente o bulbo apresenta o aspéto ptisico de Freud.

Conclusão

Disgastria com exagero da tono-motricidade do órgão em paciente portador de sinais radiologicos de gastrite e de fistula bilio-duodenal.

As conclusões do exame radiologico são as unicas que permitem um diagnostico positivo completo: o nosso doente é portador de uma fistula bilio-duodenal espontânea, com possivel regorgitação do conteúdo duodenal para a arvore biliar.

Não somos categoricos nesta afirmação, porque durante o exame radiologico, realizamos artificialmente condições que permitiram tal refluxo, que poderão entretanto se efetivarem durante o trabalho digestivo.

Ao tratarmos das complicações já veremos as possiveis consequencias da regorgitação duodeno-biliar.

De posse de todos os elementos diagnosticos estamos em condições

de abordar o estudo da etio-patogenia da fistula biliar apresentada pelo doente e de interpretar melhor alguns comemorativos aos quais não tínhamos dado a importancia que mereciam.

Etio-patogenia

A produção de uma fistula bilio-duodenal espontânea, sem sintomatologia clinica conspicua e precisa, como acontece em nosso caso, exige o estabelecimento prévio de condições especiais.

Indispensavel se torna a existencia anterior á fistulização do processo aderencial, entre a arvore biliar e o duodeno.

Pois quer admitamos que o trajeto fistuloso, tenha sido determinado por uma ruptura espontânea de vesicula calculosa, quer devido á perfuração de uma ulcera duodenal, outra e muito mais ruidosa teria sido a sintomatologia do nosso paciente, se não existissem as adherencias.

Mesmo que estas se tivessem formado, nas horas subsequentes á ruptura ou perfuração, pensamos que o doente não escaparia a processo agudo peritonial, que de modo algum passaria despercebido ao medico assistente, não permitindo o restabelecimento do paciente em 48 hrs.

Qual o mecanismo de formação do trajeto fistuloso?

Formularemos varias hipoteses, todas possiveis, preferindo a que melhor se adaptar ao caso, explicando ainda sua sintomatologia.

O doente seria portador de uma colecistite calculosa, antiga, com pericolecisto-duodenite; a evolução do processo, as lesões, erosivas inicialmente, ulcerosas tardiamente, provenientes do atrito do calculo, determinaram a ruptura da vesicula e a perfuração do duodeno, com a expulsão da concreção.

Esta hipotese destoa da sintomatologia e da anatomia patologica.

Não existem com efeito na anamnese elementos que permitam supôr a existencia de lesões de endocolecistite ulcerosa, provenientes da traumatização da mucosa pelo calculo, sempre ricas em fenomenos dolorosos violentos.

Por sua vez a anatomia patologica e a fisiologica, nos elucidam sobre a pouca ou nenhuma eficiencia contratil, das vesiculas cronicamente inflamadas e sede de fortes adherencias.

Faltam tambem causas extrinsecas, traumatismos, esforços, etc., que pela sua violencia tivessem coadjuvado na ruptura.

Mais ainda, afastamos a possibilidade de um processo septico, com necrobiose da vesicula, como causa da ruptura e fistulização, pois nada ha no interrogatorio que o lembre.

Sem colimar no exagero da hipotese anterior, poderiamos admitir que o paciente apresentasse um calculo encravado no bacinete ou no cistico, cujas relações intimas com a duodeno, são nossas conhecidas, relações que a periviscerite localizada, tornou mais intimas.

Contrações intensas da vesicula determinaram a ruptura do bacinete ou do cistico, e a progressão do calculo, perfurou o duodeno.

Como na hipotese anterior, faltam aqui, os prodromos dolorosos,

característicos do cálculo encravado, e mesmo nos seria difícil explicar, por mais violentas que fossem as contrações da vesícula, como elas conseguiram levar o cálculo até o duodeno, perfurando sua parede.

Terceira hipótese: o paciente, portador de uma colecistite calculosa antiga, com pericolecisto-duodenite, apresenta ulteriormente uma úlcera duodenal.

Esta, na sua marcha evolutiva, com sintomatologia pouco precisa, dada a concomitância do quadro vesicular, perfura, no emaranhado aderencial e a perfuração abre caminho ao cálculo. Afastamos das nossas cogitações etio-patogenias, o comprometimento inicial ou tardio do coledóco, pela ausência de sintomas próprios às coledocopatias.

Acresce ainda que o coledóco foi parcialmente opacificado, durante a investigação radiológica, o que demonstra comunicação direta ou indireta com o trajeto fistuloso.

Das hipóteses etio-patogenicas propostas a ultima nos parece a mais aceitavel, porque permite uma melhor interpretação dos dados clinicos e das conclusões radiologicas.

Com efeito, num paciente, portador de longa data, de sinais de colecistopatia e posteriormente, sintomas frustos de úlcera duodenal, alternando com os primeiros; que num dado momento da evolução mórbida, exteriorisa intensa crise dolorosa, seguida da expulsão de um cálculo, provavelmente biliar, e que ao exame radiológico, apresenta uma fistula bilio-duodenal, nos induz a pensar que, foi a lesão ulcerosa, perfurando o "primo movens" de tudo.

Na critica as duas primeiras hipóteses, vimos que era difícil encontrar na vesícula as causas da ruptura ou perfuração.

No entretanto, admitindo a perfuração da úlcera duodenal, a explicação etio-patogenica nos parece mais plausível e concordante com a historia clinica.

A perfuração de uma úlcera duodenal é relativamente frequente, e quando ela se fez bloqueada, por aderências preexistentes a sintomatologia, tão ruidosa, de abdomen agudo, acalma em poucas horas, a ponto de que muitas vezes, chegamos a duvidar do diagnostico inicial.

E' sinal, basico, da perfuração bloqueada, o elemento dór, que pôde assumir violencia extrema, lembrando o classico "coupe de poignard de Dieulafoi" e levando a pensar no comprometimento da grande cavidade.

Foi a dór da perfuração e as consequencias desta, que o paciente sentiu durante 24 horas.

A expulsão do cálculo, foi méro e banal incidente, até diríamos natural, no quadro sintomatico.

Admitindo a terceira hipótese etio-patogenica, compreendemos perfeitamente porque não se opacificou a vesícula.

Ao lado da sua provavel exclusão funcional, que não permite a concentração do contraste, existem ainda duas vias para o escoamento da bile.

A coledociana, submetida ao controle do esfinter de Oddi, e a da fistula, oferecendo transito ininterrupto á bile para o duodeno.

Talvez, esta seja a preferida.

A impossibilidade de praticar a tubagem duodenal, nos priva momentaneamente da melhor interpretação.

Tais as considerações etio-patogenicas, que nos pareceram mais

Tais as considerações etio-patogenicas, que nos pareceram mais consentaneas com o caso clinico; mas aqui, como alhures, a verdade, muitas vezes, paira longe das nossas cogitações teoricas.

Diagnosticco positivo

Em face dos dados clinicos, da etio-patogenia e principalmente dos elementos fornecidos pelo exame radiologico, acreditamos que o diagnostico de fistula espontânea, bilio-duodenal, secundaria á perfuração bloqueada, de uma ulcera duodenal, se impõe.

Diagnosticco diferencial

O caso suficientemente explicito, não comporta diagnostico diferencial, pois nenhuma outra entidade mórbida se objetivaria com os sinais radiologicos constatados.

Lembramos remotamente a possibilidade de um diverticulo duodenal pediculado, se traduzir por imagem radiologica semelhante.

Tal hipotese é pouco aceitavel, em face dos outros sinais radiologicos.

Entre estes, existe um de grande importancia, para o diagnostico de uma fistula biliar.

E' o da penetração de ar, na rêde dos canais biliares.

Todas as vezes que o radiólogo, constata o desenho da arvore biliar intra e extra-hepatica, pela penetração de gases, pôde afirmar, com certeza quasi absoluta, a existencia de uma fistula bilio-digestiva.

Deve no entretanto se lembrar, que o pio-pneumo-colecisto pôde se apresentar com uma imagem semelhante, mas com sintomatologia clinica muito distinta.

E' pois elemento de valor incontestavel o que estamos salientando, principalmente nos casos de abdômem agudo, sem diagnostico preciso, e nos quais a radiologia, mesmo realizando uma investigação simples, poderá auxiliar prestimosamente o clinico e ainda mais o cirurgião.

Frequencia

Segundo Chiray e Pavel as fistulas bilio-digestivas espontâneas seriam muito frequentes, mas de evolução sintomatica, pouco clara.

O caso apresentado constitue o primeiro observado por nós, e não nos foi dado encontrar entre as publicações do nosso meio, mais alguns.

Mesmo compulsando a literatura ao alcance com muitos poucos deparamos.

Talvez que a sintomatologia pouco precisa, das fistulas bilio-digestivas, e a exploração insufficiente dos doentes, principalmente a falta de investigação radiológica, contribua para o desconhecimento de um numero maior.

A frequencia relativa das fistulas bilio-digestivas segundo uma estatisticas de Curvoiser seria:

Fistulas cistico-duodenais	—	93%
" " colicas	—	49%
" " jejunaes	—	1%

O nosso caso pertence aos mais frequentes e provavelmente os colegas presentes já terão observado alguns, que não vieram entretanto á luz.

Evolução

Um trajéto fistuloso espontaneo, como o apresentado pelo nosso doente, poderá evolver para a oclusão definitiva, com o restabelecimento do transitio normal da bile.

Ha no entretanto duas causas que se opõe a esta evolução: o provavel refluxo do conteúdo duodenal para o trajéto fistuloso e o escoamento da bile pelo mesmo.

A marcha pgressiva do processo aderencial, com a neoformação de "tratus" fibrosos, poderá futuramente obstrui-lo.

Mas para a segurança do paciente não aguardaremos por esta feliz eventualidade, um tanto problematica.

Complicações

As sequelas das anastomoses bilio-digestivas, com fins terapeuticos, padecem de um grande inconveniente, qual o da infecção ascendente das vias biliares e consecutiva, angiocolecistite supurada, quasi sempre mortal.

Foi este e ainda continúa a ser o maior obstaculo á pratica das derivações biliares, nas suas diversas variantes: coledóco-duodenostomia, cístico-duodenostomia, colecisto-gastrostomia, ou colecisto-duodenostomia, e a cirurgia experimental, demonstra sobejamente, **que a infecção ascendente é um fáto constante nas anastomoses bilio-digestivas.**

Gatewood and Popen, citados por Bengolea na sua comunicação: (A infecção ascendente nas anastomoses bilio-digestivas).

Nosso doente é portador de uma anastomose bilio-digestiva espontânea.

Nada, pois, impede, que venha a ser vitima de uma infecção ascendente e da sua terrivel consequencia, a hepatite supurada.

Acreditamos, mesmo, que ele já sofreu anteriormente, tal infecção, que entretanto, e talvez por causas decorrentes da especie ou da virulencia do germe, não atingiu o acmé violento que a caracteriza.

E' o que nos fez pensar o quadro febril, com temperaturas altas, crises sudorais e reação dolorosa do figado, que fôra rotulado como infecção para-tifica e que felizmente terminou sem maiores consequencias.

A infecção ascendente é a complicação que deve inspirar os maiores cuidados em nosso doente.

Prognostico

O prognostico do caso está intimamente subordinado a evolução e possíveis complicações. Longe de nós a possibilidade de esperar que a formação de novas aderencias, possa algum dia interromper definitivamente a anastomose bilio-digestiva, restabelecendo-se o curso normal da bile.

Tal expectativa, seria perigosa para o doente e para o medico.

E se por outro lado pensamos na possibilidade, tão alarmante da infecção ascendente, julgamos que um prognostico reservado, deverá se impôr, principalmente se o nosso doente não seguir as indicações terapeuticas.

Terapentica

Como tratar o nosso paciente?

Indiscutivelmente a indicação cirurgica se impõe.

Dever-se-á praticar a laparatomia, com o fim de interromper a fistula bilio-digestiva, já que tudo parece indicar, que coledóceo continúa a garantir o escoamento normal da bile.

Mas a esta altura uma objeção se levanta.

E se as modificações determinadas pelas aderencias, exigirem o estabelecimento de uma nova anastomose bilio-digestiva?

A sua realização não salvaguardaria o doente da infecção ascendente e nesta hipótese, seria melhor que tudo continuasse como dantes.

Será o cirurgião, após a laparatomia, seguida de minuciosa inspecção da região, guidado pelos seus conhecimentos e pela sua experiencia o ultimo a falar.

Pensamos que se a indicação cirurgica, só com muita dificuldade, podesse preencher suas finalidades, a solução de conservar a ligação expontânea, seria provavelmente mais acertado que o estabelecimento de uma nova.

Foi levando em conta estes considerandos, e após longa meditação que aconselhamos ao nosso doente a intervenção cirurgica, que de momento foi recusada.

Tendo-nos sido requerida uma indicação medica, prescrevemos uma medicação coleretica e desinfectante biliar e intestinal, junto com um regimen alimentar hipotoxico, pouco confiando que tanto uma como outro possam evitar no futuro a infecção ascendente.

Outra não poderia, ser, acreditamos, a nossa missão de medico.

Conclusões

Do pouco que se pôde aproveitar desta comunicação assumimos ainda a responsabilidade de lhe suger algumas conclusões:

1.^a) O medico, na elucidação diagnostica nunca desprezará os exa-

mes complementares, que lhe possam fornecer alguns elementos de valor.

Assim procedendo, não deixará de ser clínico, muito pelo contrario, saberá ir procurar novos dados que virão confirmar ou infirmar suas previsões teoricas, tranquilizando em qualquer hipotese a sua consciencia de profissional sincero.

2.^a) Uma fistula bilio-duodenal espontânea pôde se estabelecer sem sinais clinicos precisos, predominando entre estes a dôr, e os de abdomem agudo que desaparecem com grande rapidez.

3.^a) O diagnostico positivo só poderá ser feito pela radiologia. que constatará o refluxo do contraste através da fistula e principalmente a penetração de ar na rede canalicular.

4.^a) O tratamento radical de uma fistula bilio-duodenal expontânea é da alçada da cirurgia.

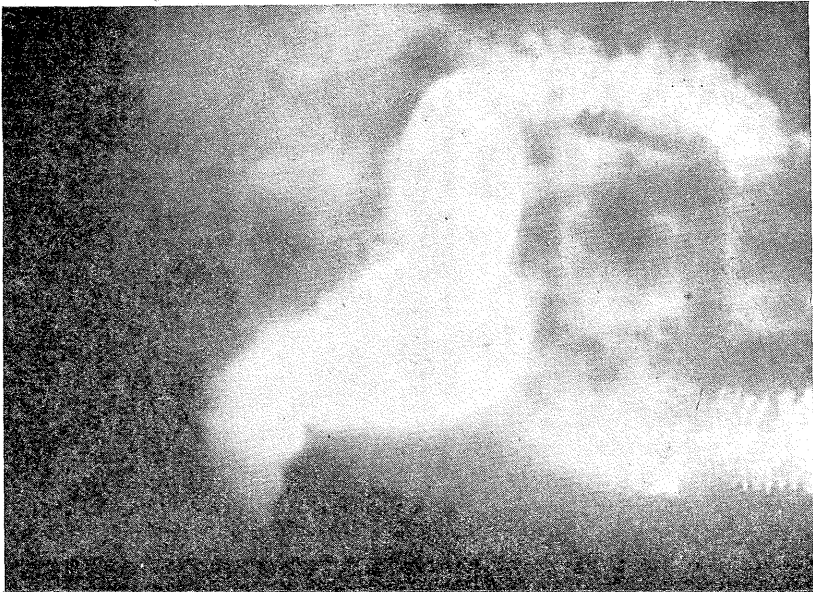


Fig. n.º 1

Radiografia tomada após a ingestão do contraste: opacificação completa do estomago e arco duodenal.

Notar a ausencia de imagem típica do bulbo.

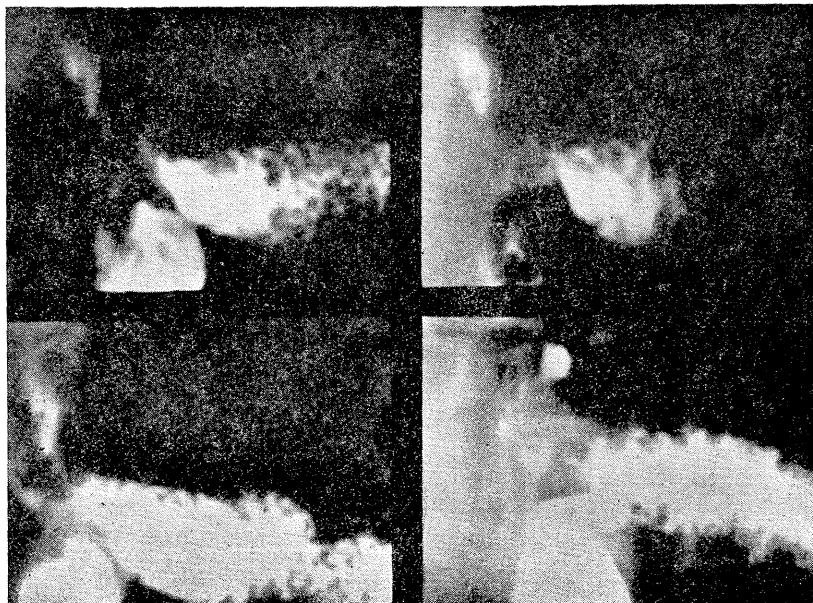


Fig. n.º 2

Radiografias tomadas após compressão do angulo duodeno-jejunal, mostram início de opacificação do pseudo divertículo.

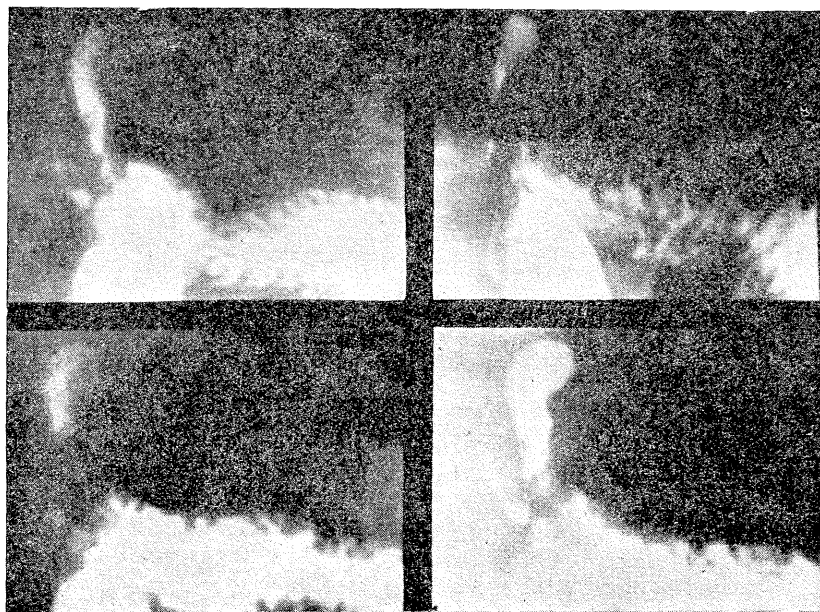


Fig. n.º 3

Radiografias tomadas nas fases sucessivas de enchimento do pseudo divertículo.

Nota-se perfeitamente o trajeto fistuloso.

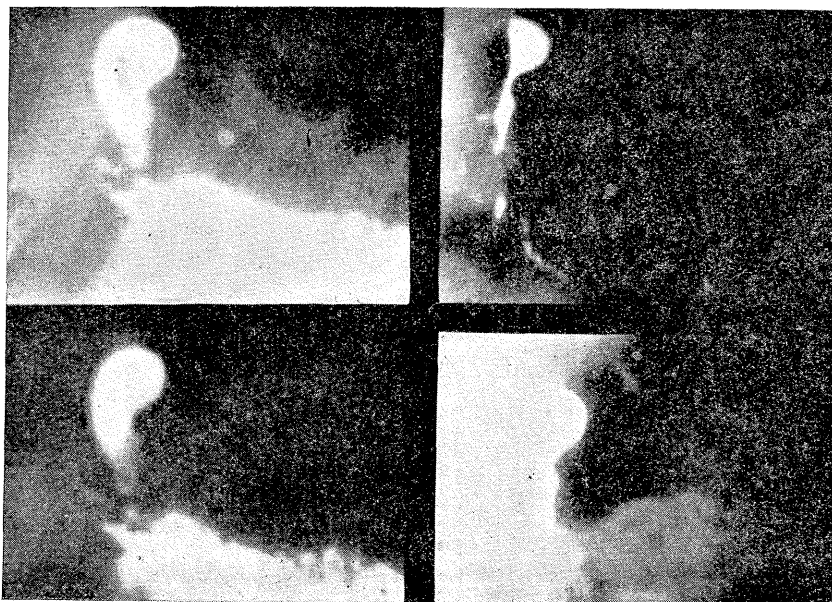


Fig. n.º 4

Opacificação completa no receptáculo pseudo diverticular.



Fig. n.º 5

Relevografia gastro-duodenal.

Nota-se a penetração do contraste no colédoco.

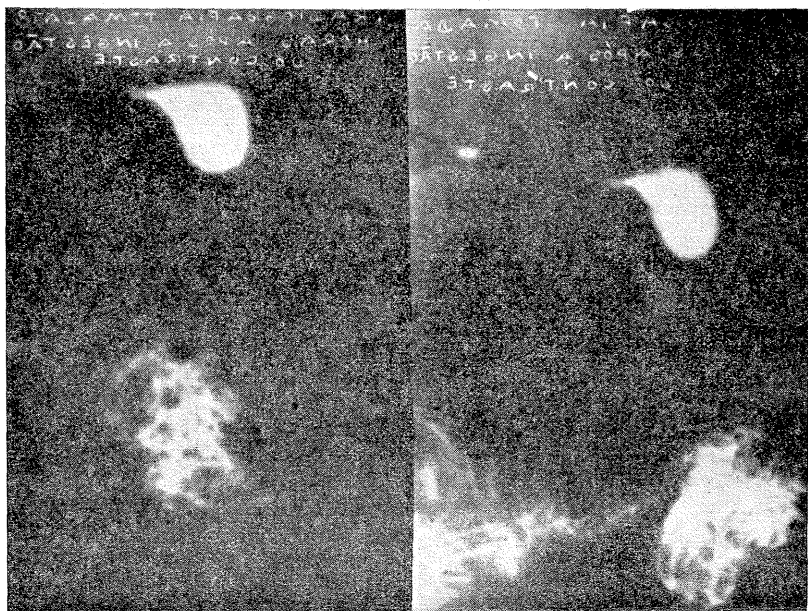


Fig. n.º 6

Fases sucessivas de esvaziamento do pseudo divertículo.

Radiografias tomadas 4 e 8 hs. depois da ingestão do contraste.

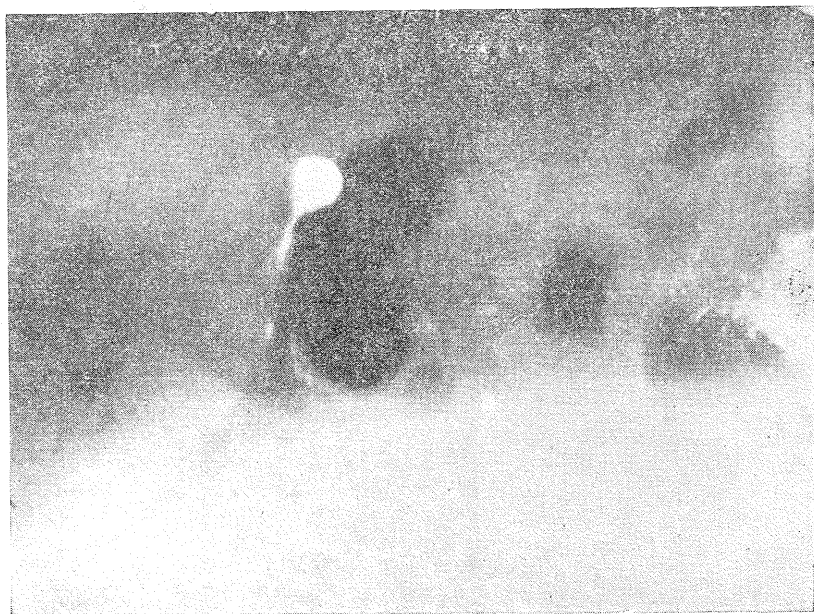


Fig. n.º 7

A radiografia mostra parte da arvore biliar desenhada por penetração de gases.

16 horas após a ingestão do contraste.



Fig. n.º 8

Radiografia tirada 24 horas após a ingestão do contraste, mostrando restos do contraste retidos na cavidade pseudo diverticular.