

## Fístula colecistocolónica y colecistoduodenal simultáneas en un paciente con colecistolitiasis

Maribel del Rocío Brito M.<sup>1</sup> Diego Fernando Gallardo A.<sup>2</sup>

Mayra Elizabeth Ortega S.<sup>3</sup> Juan José Serrano A.<sup>4</sup>

1. Md. Maribel Brito, Médico Clínica CORPORE

2. Md. Diego Gallardo Astudillo, Médico Clínica CORPORE.

3. Md. Mayra Ortega Sotamba, Médico Clínica CORPORE.

4. Dr. Juan Serrano Arízaga, Cirujano Clínica CORPORE.

**Correspondencia:**

**Nombre:** Maribel del Rocío Brito Mejía

**Correo electrónico:** mariardilla@hotmail.com

**Dirección:** Av. Diez de Agosto y Juan Ñíguez, Cuenca, Ecuador.

**Código postal:** 010112

**Teléfono:** 593 983319332

**Fecha de recepción:**

20-09-2017

**Fecha de aceptación:**

08-11-2017

**Fecha de publicación:**

22-12-2017

**Membrete bibliográfico**

Brito M, Gallardo D, Ortega M, Serrano J. Fístula colecistocolónica y colecistoduodenal simultáneas en un paciente con colecistolitiasis. Rev. Med. Ateneo Dic. 2017; 19 (2):160-166

### RESUMEN

#### Introducción:

La presencia de fístulas colecistoentéricas ocurren de manera fortuita como complicación poco frecuente de la colecistolitiasis.

#### Caso clínico:

Paciente de 51 años de edad, con diagnóstico ecográfico de colecistolitiasis. Se realiza colecistectomía laparoscópica, se observa plastrón vesicular y adherencias. Se extraen dos litos de 3 cm de diámetro cada uno y ante la imposibilidad de extraer la vesícula se dejan dos drenes de Nelaton por los que salen gran cantidad de líquido sero-hemático y bilioso. Se realiza una radiografía contrastada, se confirma la presencia de dos fístulas simultáneas colecistoduodenal y colecistocolónica.

#### Resultados:

El paciente se encuentra en el día cien post-operatorio, asintomático y con una actividad física normal. Se solicitó colangiografía magnética que muestra una pequeña lesión residual cicatrizal en el sitio del absceso subfrénico derecho y una cantidad escasa de bilis subhepática en el lecho vesicular.

#### Conclusiones:

El diagnóstico se realiza en el acto operatorio, donde el cierre de la fístula es el tratamiento de elección. Las indicaciones para cirugía son la presencia de obstrucción o sepsis.

**Palabras clave:** FÍSTULAS SIMULTÁNEAS COLECISTODUODENAL Y COLECISTOCOLÓNICA.

## SUMMARY

### Introduction:

The presence of cholecystoenteric fistulas occur incidentally as a rare complication of cholecystolithiasis.

### Clinical case:

A 51-year-old patient with an ultrasound diagnosis of cholecystolithiasis. Laparoscopic cholecystectomy was performed, vesicular plastron and adhesions were observed. Two stones of 3 cm of diameter are extracted each one and before the impossibility of extracting the vesicle two drains of Nelaton are left by which they leave great quantity of sero-hematic and bilious liquid. A contrasted radiograph is performed, confirming the presence of two simultaneous cholecystoduodenal and cholecystocolonic fistulas.

### Results:

The patient is on day one hundred post-operative, asymptomatic and with normal physical activity. Magnetic resonance imaging showed a small residual scar lesion at the site of the right subphrenic abscess and a small amount of subhepatic bile in the vesicular bed.

### Conclusions:

The diagnosis is made in the operative act, where the closure of the fistula is the treatment of choice. The indications for surgery are the presence of obstruction or sepsis.

**Key words:** SIMULTANEOUS CHOLECYSTODUODENAL AND CHOLECYSTOCOLONIC FISTULAS

## INTRODUCCIÓN

La presencia de fístula colecistoentérica ocurren de manera fortuita como complicación poco frecuente de la colecistolitiasis. Siendo una comunicación anormal entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal, se manifiestan con un espectro amplio de síntomas y signos que pueden retrasar su diagnóstico y tratamiento oportunos, consecuentemente incrementando la morbimortalidad del paciente. La fístula colecistoduodenal, que es la más común, puede debutar con un íleo biliar, es decir la obstrucción del intestino delgado generalmente a nivel de la válvula íleo-cecal, por un cálculo grande que pasa al duodeno y al intestino delgado a través de la fístula.

La fístula colecistocólica es una de las fístulas bilioentéricas más infrecuente y generalmente aparece como complicación de las colecistitis litiásicas. La clínica es variable, pudiendo manifestarse como dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, fiebre, pérdida de peso, intolerancia a grasas, diarrea con o sin esteatorrea asociada, e incluso cursar asintómicamente; algunos casos debutaron como una hemorragia digestiva baja. Los exámenes más útiles para su diagnóstico son: la tomografía axial computarizada del abdomen, los estudios baritados y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica. Un porcentaje importante se diagnostican en el acto operatorio.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años de edad, sin antecedentes patológicos de importancia, que acude a la clínica con el diagnóstico ecográfico de colecistolitiasis. Tiene una ecografía anterior hace un año con el mismo diagnóstico. El paciente no refiere dolor, ni otro síntoma relevante.

Se planifica colecistectomía laparoscópica. Reporte operatorio: bajo anestesia general se coloca aguja de Veress en el ombligo y se crea el neumoperitoneo a 15 mm de Hg. Se coloca el trocar umbilical y la óptica de 5 mm, luego un trócar de 10 mm subxifoideo y uno de 5 mm subcostal, operatorios.

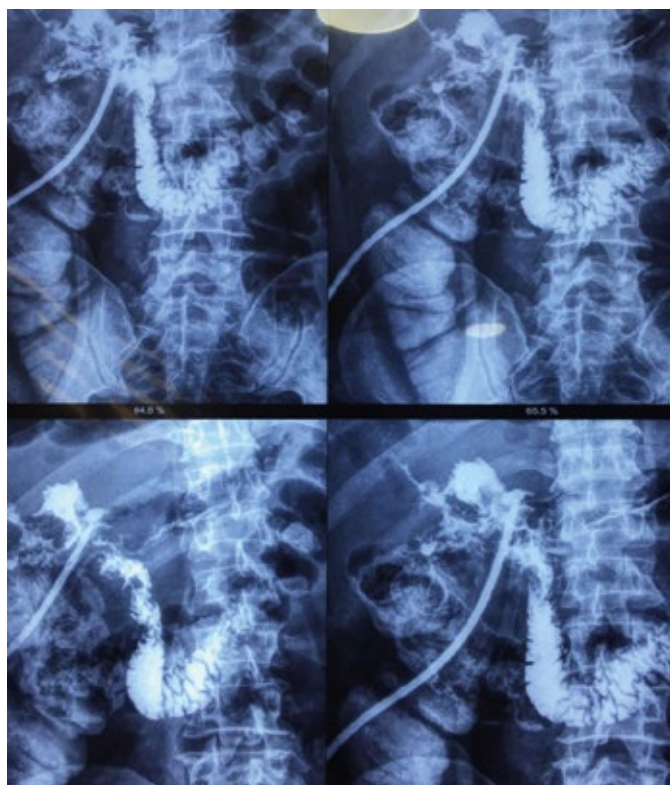
### Hallazgos:

Plastrón vesicular que impide la visualización de la vesícula biliar, debido a las adherencias del epiplón mayor, primera porción del duodeno, el colon ascendente y su ángulo hepático. Se decide convertir con incisión subcostal de Kocher.

Con maniobras romas se abre la vesícula biliar luego de lisis de las adherencias, drenando pus (piocolecisto) y abundante bilis infectada. Se extraen dos litos de 3 cm de diámetro cada uno y ante la imposibilidad de extraer la vesícula, se toma una biopsia y se dejan dos drenes de Nelaton, el primero en lo que parece una comunicación al duodeno y el segundo en el lecho vesicular. Se lava la cavidad y se cierra la incisión por planos.

En la evolución del paciente se observa salida de líquido sero hemático 1500 cc diarios por el dren número 1 (duodeno) el número dos, da una cantidad aproximada de 50 cc del mismo aspecto. Se realiza una radiografía contrastada por los drenajes, observándose que el dren número 1 comunica con el duodeno y el número 2 con el colon ascendente. (Imagen 1).

IMAGEN 1.



Se confirma mediante este estudio la presencia de dos fistulas simultaneas en el paciente. La primera colecisto-duodenal y la segunda colecisto-colónica.

Se mantiene una actitud conservadora con el paciente durante cinco días sin ingesta oral, hidratación parenteral y antibióticos de amplio espectro, disminuyendo ostensiblemente el débito por los drenes, por lo que se reinicia la alimentación oral, con una evolución favorable.

El dren número dos (colon) se extrae a los diez días, pues no tenía ningún gasto y el número uno (duodeno) se extrae a las tres semanas de la cirugía, luego de tres días de cero drenaje.

La herida subcostal se infectó y drenó material purulento (E. Coli) en la primera semana post-operatoria (Imagen 2). Mediante curaciones cicatrizó por segunda intención al mes de la cirugía.

IMAGEN 2.

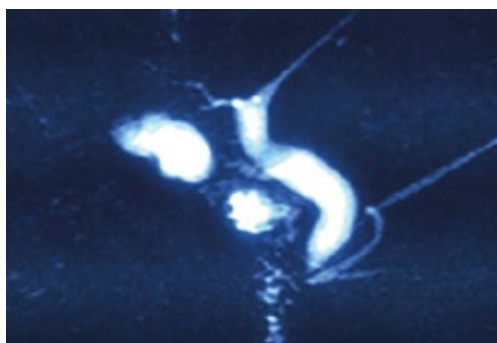


En el día 35 de post-operatorio, el paciente acude al control con fiebre y disnea. La placa de tórax y la ecografía del abdomen mostraron la presencia de absceso subfrénico derecho, que se drenó con un catéter tubular guiado por ecografía. Se mantiene el drenaje durante tres semanas con un gasto purulento promedio de 50 cc, luego de lo cual se extrajo sin complicaciones posteriores.

El paciente se encuentra en el día cien post-operatorio, totalmente asintomático y con una actividad física normal.

Se solicitó una colangiografía magnética (Imagen 3) que muestra una pequeña lesión residual cicatrizal en el sitio del absceso subfrénico derecho y una cantidad escasa de bilis subhepática, en el lecho vesicular residual. El paso al duodeno del contraste es normal así como el aspecto del colédoco. Se visualiza también el conducto de Wirsung del páncreas.

IMAGEN 3.



## DISCUSIÓN

En el presente caso se reportan fístulas colecistoduodenal y colecistocolónica de manera muy detallada y acorde con lo que la bibliografía cita. (1,2)

La localización más frecuente de los trayectos fistulosos son: colecistoduodenal (77- 90%), colecistocolónica (8- 26.5%), coledocoduodenal (5%) y colecistogástrica (2%) (2)

La etiología de las fístulas secundarias a la litiasis biliar, no está plenamente establecida, la literatura sugiere como génesis, la formación del cálculo en la vesícula biliar y la consecuente inflamación aguda en asociación con la obstrucción del conducto cístico que permite la adhesión de la vesícula biliar a los órganos contiguos, más frecuentemente el duodeno.

La fístula colecistoduodenal (51-70%) es producida en 90% de los casos por perforación vesicular y en 10% en asociación con úlcera perforada, anastomosis quirúrgica o carcinoma vesicular. Puede complicarse con obstrucción pilórica o duodenal por impactación del cálculo (síndrome de Bouveret) o bien con obstrucción intestinal (íleo biliar) (2,3). Generalmente es asintomática y se descubre durante la cirugía o por la presencia de aire en la vía biliar o vesícula en los exámenes radiográficos (3,4).

Las fístulas colecistocolónicas generalmente no causan obstrucción intestinal. El síntoma más frecuente es la diarrea, por efecto directo de las sales biliares sobre la mucosa colónica (enteropatía colerética) y la coloración verdínica de la materia fecal (3,4,9). En general se las identifica en la cirugía, sin embargo, el colon por enema puede opacificar la vesícula, habitualmente adherida al ángulo hepático del colon (1). Los pacientes se hospitalizan principalmente por dolor en hipocondrio derecho, rigidez muscular, náuseas, vómito, ictericia y colangitis leve, moderada o severa.

Las imágenes juegan un rol fundamental en la detección y manejo de las fístulas bilioentéricas. La evaluación puede realizarse con tomografía axial computada (TAC) y resonancia magnética nuclear (RMN) o con estudios fluoroscópicos (3,4). La TAC es muy útil en la demostración del sitio de obstrucción y del lugar de la fístula bilio-entérica.(3).

Los estudios baritados son importantes porque pueden confirmar la existencia de comunicación bilioentérica. Veremos el material de contraste extenderse desde el duodeno o colon hacia la vesícula o vía biliar.

Los signos clásicos de íleo biliar en la radiografía simple de abdomen son la presencia de asas intestinales dilatadas por obstrucción, aire en la vía biliar (50-66%) y un cálculo localizado en posición ectópica del abdomen (visible en 25-50%).

La ecografía es menos útil en la detección de fístulas, pero los hallazgos sugestivos incluyen la presencia de una vesícula contraída, irregular, con o sin cálculos; falta de visualización vesicular y neumobilia (3.) Además puede demostrar signos de obstrucción intestinal y con menor frecuencia la existencia de cálculos fuera del área biliar (1,3,4,6).

La CPRE es muy sensible en la demostración directa de fístulas bilioentéricas, especialmente las colédocoduodenales (3,5,6). La endoscopia es útil en las obstrucciones altas (síndrome de Bouveret) ya que permite visualizar y extraer el cálculo impactado (1,2,3,6)

Finalmente, resaltar que, dada la poca frecuencia de la entidad, se debe valorar la posibilidad de ser tratada mediante técnicas laparoscópicas, que constituyen una vía de abordaje segura y eficaz para el tratamiento definitivo de la complicación de las colecistopatías litiásicas, aunque dado el proceso inflamatorio alrededor de la vesícula biliar, no siempre es posible llevar a cabo estos procedimientos.

## CONCLUSIONES

La incidencia de fístula colecistoduodenal fue similar a la reportada en la literatura médica: es una complicación poco común de litiasis vesicular y su diagnóstico es difícil. Se debe tener en cuenta en pacientes adultos mayores, en los que se encuentra vesícula biliar escleroatrófica y múltiples adherencias. (1,2,3)

La clínica es variable y la forma de presentación muy heterogénea en lo que se refiere a signos y síntomas. El diagnóstico se realiza en el acto operatorio, donde el cierre de la fístula y la colecistectomía son el tratamiento. Otra alternativa en pacientes asintomáticos y con comorbilidad asociada es la observación clínica y el tratamiento de sostén. Las indicaciones de cirugía son la presencia de obstrucción o sepsis. (1,3,5)

## BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Fístula colecistocólica: Una complicación poco frecuente de la colecistitis aguda litiásica , A report of a case Margot Rita Chipana Salinas, Ramón Casals Garrigó , Juan José Eito Cuello , Manuel Griabal García 2014,  
Et. al: [http://cientifica.umsa.bo/c/document\\_library/get\\_file?uuid=75239ddb-7d9c-480a-8c57-802eaa235641&groupId=11347](http://cientifica.umsa.bo/c/document_library/get_file?uuid=75239ddb-7d9c-480a-8c57-802eaa235641&groupId=11347)
2. Fístula colecistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgicoCholecystoduodenal fistula, an infrequent complication of cholelithiasis: F.Aguilar-EspinosaR.Maza-SánchezF.Vargas-SolísG.A.Guerrero-MartínezJ.L.Medina-ReyesP.I.Flores-Quiroz 2013
3. Safaie-Shirazi S, Zike WL, Printen KJ. Spontaneous enterobiliary fistulas. Surg Gynecol Obstet 1973; 137: 769-772.
4. Pickhardt PJ, Friedland JA, Hruza DS, Fisher AJ. Case report. CT, MR cholangiopancreatography, and endoscopy findings in Bouveret's syndrome. AJR Am J Roentgenol. 2003;180:1033-1035
5. Antonacci N, Taffurelli G, Casadei R, Ricci CI, Monari F, Minh Fr. Case Report Asyntomatic Cholecystocolonic Fistula: A Diagnostic ant Therapeutic Dilemma. Hindawi Publishing Corporation. 2013
6. Ostiz M, Vila JJ, García JL, Ostiz S, Alaez I. Cholecistocolic fistula: an uncommon cause of lower gastrointestinal bleeding. An Sist Sanit Navar 2012; 35 (3): 511-515
7. Angrisani L, Corcione F, Tartaglia A, Tricarico A, Rendano F, Vincenti R, Lorenzo M, Aiello A, Bardi U, Bruni D, et al. Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery. Surg Endosc. 2001;15:1038-1041

8. Jones TA, Davis ME, Glantz AI. Bouveret's syndrome presenting as upper gastrointestinal hemorrhage without hematemesis. *Am Surg.* 2001;67:786–789
9. Ramírez R , Espinoza D, Alarcón K, Mendoza J. Biliary fistula: Case report.
10. Rosato FE. Fístula por cálculo biliar. *Tratado de patología quirúrgica.* Sabiston. 2 ed. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica;1980:1254–58.

#### **CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES**

MB, GD, OM: Recolección de datos, revisión bibliográfica y escritura del manuscrito; SJ: Análisis crítico del artículo. Todos los autores leyeron y aprobaron la versión final del manuscrito.

#### **ABREVIATURAS**

TAC: Tomografía axial computarizada; RMN: Resonancia magnética nuclear.

#### **DISPONIBILIDAD DE MATERIALES Y DATOS**

Los datos se encuentran disponibles con el autor principal

#### **AGRADECIMIENTO.**

A nuestro paciente, por autorizarnos a usar la información contenida en su historia clínica para fines de estudio e investigación.

#### **CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PUBLICACIÓN**

Los autores cuentan con el consentimiento informado del paciente.

#### **CONFLICTO DE INTERESES**

Los autores no reportan conflicto de intereses.

#### **FINANCIAMIENTO.**

Autofinanciado por los autores del feminismo.

#### **COMO CITAR ESTE ARTICULO.**

Brito M, Gallardo D, Ortega M, Serrano J. Fístula colecistocolónica y colecistoduodenal simultáneas en un paciente con colecistolitiasis. *Rev. Med. Ateneo.* Dic. 2017; 19 (2): 160-166