

Fístulas coleentéricas como complicación de la colecistitis aguda: revisión de dos casos clínicos

Elena Pascual Pérez, Sofía Thais Escobar Narro, Juan Ignacio Gracia García, Samuel Roldán Miñana, Marina Rozas Quesada, María Riera Martí, Elena Sierra Beltrán, María Beatriz Fernández Lago.

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza

Objetivo docente

- Dar a conocer esta rara complicación aguda de colecistitis presentando una revisión sobre incidencia, diagnóstico clínico y radiológico, así como dos casos clínicos, siendo uno de fístula colecistoduodenal y otro de fístula colecistocólica.

Revisión del tema

INTRODUCCIÓN

- La **colecistitis** es un término que hace referencia a la **inflamación de la pared de la vesícula biliar**, comúnmente ocasionada por la obstrucción del cuello de la vesícula o del conducto cístico, y que ocasiona un aumento de las presiones intraluminales.
- En la mayoría de los casos, la colecistitis aguda se produce por la **obstrucción producida por cálculos biliares** en el cuello de la vesícula o en el mismo conducto cístico. Sin un tratamiento adecuado, la enfermedad puede intensificarse, dando lugar a complicaciones como las perforaciones.
- En 1934, Niemeier ya realizó una clasificación de las tres principales perforaciones de la vesícula biliar. Las perforaciones agudas en la cavidad peritoneal serían las tipo I descritas, las perforaciones subagudas con formación de absceso pericolecístico las tipo II y las perforaciones crónicas con desarrollo de fístula colecistoentérica que serían las tipo III. Aunque la mayoría de los casos reportados pertenecen al tipo subagudo/tipo II, nos enfocaremos en las **perforaciones crónicas o tipo III**.

FÍSTULAS COLECISTOENTÉRICAS

Las **fístulas bilioentéricas** son **comunicaciones anómalas entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal**, que se producen con más frecuencia como una complicación tardía y poco frecuente de una enfermedad vesicular no tratada, constituyendo una amenaza para la vida del paciente. Courvoisier describió estas fístulas por primera vez en 1890.

Epidemiología

Las fístulas aparecen con mayor frecuencia en el **sexo femenino**, con un ratio de 3:1 y con más frecuencia en la octava década de la vida. No obstante, en pacientes con fístulas producidas por afecciones diferentes a las biliares, la edad de presentación suele estar en relación con el periodo de tiempo en el que se reportan el mayor número de casos.

¿Cómo y dónde se producen con más frecuencia?

Las fístulas biliares internas que involucran a otros órganos son las más comunes, representando entre el 1 % y el 5 % de las afecciones biliares. De estas, el **90 % se vinculan a complicaciones de coledocolitiasis o colelitiasis**, mientras que el 6 % está asociado a enfermedad ulcerosa péptica y el 4 % a condiciones como carcinoma del árbol biliar o vesicular, infección parasitaria, o cirugía previa (equivalente al 5% de las colecistectomías). En menor medida, pueden darse por perforaciones en el curso de enfermedad de Crohn de duodeno y úlcera.

En aproximadamente el **80 % de los casos, los cálculos biliares atraviesan la pared vesicular sin causar un cuadro de obstrucción**, estableciendo **la fístula un trayecto de comunicación con el duodeno en un 70 % de los casos**, el colon en un 26 %, el estómago en un 4 %, y el yeyuno o íleon en un 7 %. Sin embargo, en el restante 20 % el cálculo puede impactarse y producir una obstrucción intestinal mecánica, dando lugar al denominado íleo biliar. Este último se caracteriza por la presencia de aire en la vesícula o vías biliares, la ubicación ectópica del cálculo en la cavidad abdominal y un patrón de obstrucción intestinal.

Cabe destacar que la **obstrucción intestinal es más probable con cálculos mayores a 2,5 cm de diámetro**, produciéndose mayormente en el íleon terminal en el 60 % de los casos, seguido del íleon proximal (24 %), el yeyuno distal (9 %) y en un 2 % a nivel del colon sigmoide.

Clínica

A pesar de que las manifestaciones clínicas no son específicas, la mayoría de los diagnósticos se realizan a través de hallazgos en imágenes médicas. El cuadro clínico de fístula bilioentérica más frecuentemente reportado es **dolor en hipocondrio derecho, ictericia, colangitis, sangrado gastrointestinal** (hematemesis y melenas), pérdida de peso, náuseas, vómito, flatulencia, intolerancia a grasas, diarrea y **obstrucción intestinal por íleo biliar**.

A pesar de esta presentación clínica poco específica, se pueden distinguir dos tipos, cada cual engloba una serie de signos y síntomas. Por un lado, estarían las **fístulas no obstructivas** (con colangitis recurrente, síndromes de malabsorción y pérdida de peso, etc). Por otro lado, estarían las **fístulas obstructivas**, que pueden conllevar a íleo biliar o síndrome de Bouveret (obstrucción pilórica o duodenal por impactación del cálculo).

Pruebas para diagnosticarlas

La **tomografía de abdomen es el estudio de elección** por sus hallazgos sugerentes de **pneumobilia y vesícula biliar escleroatrófica adherida a órganos gastrointestinales**. Es muy útil para la demostración de la localización de obstrucción y la visualización de la fístula bilioentérica.

Los estudios baritados también son importantes porque confirman la existencia de la comunicación bilioentérica, visualizándose la extensión del contraste desde la vía biliar hacia el órgano.

La **ecografía** es menos útil en la detección de fístulas, aunque puede ayudarnos a **detectar la existencia de litiasis fuera de la vesícula y vías biliares**, así como la presencia de obstrucción intestinal. Algunos hallazgos que nos hacen sospechar la presencia de fístula son la presencia de una vesícula de contornos irregulares, contraída, con o sin litiasis, así como neumobilia.

Por último, la CPRE es muy sensible en la demostración directa de fístulas bilioentéricas, especialmente las coledocoduodenales.

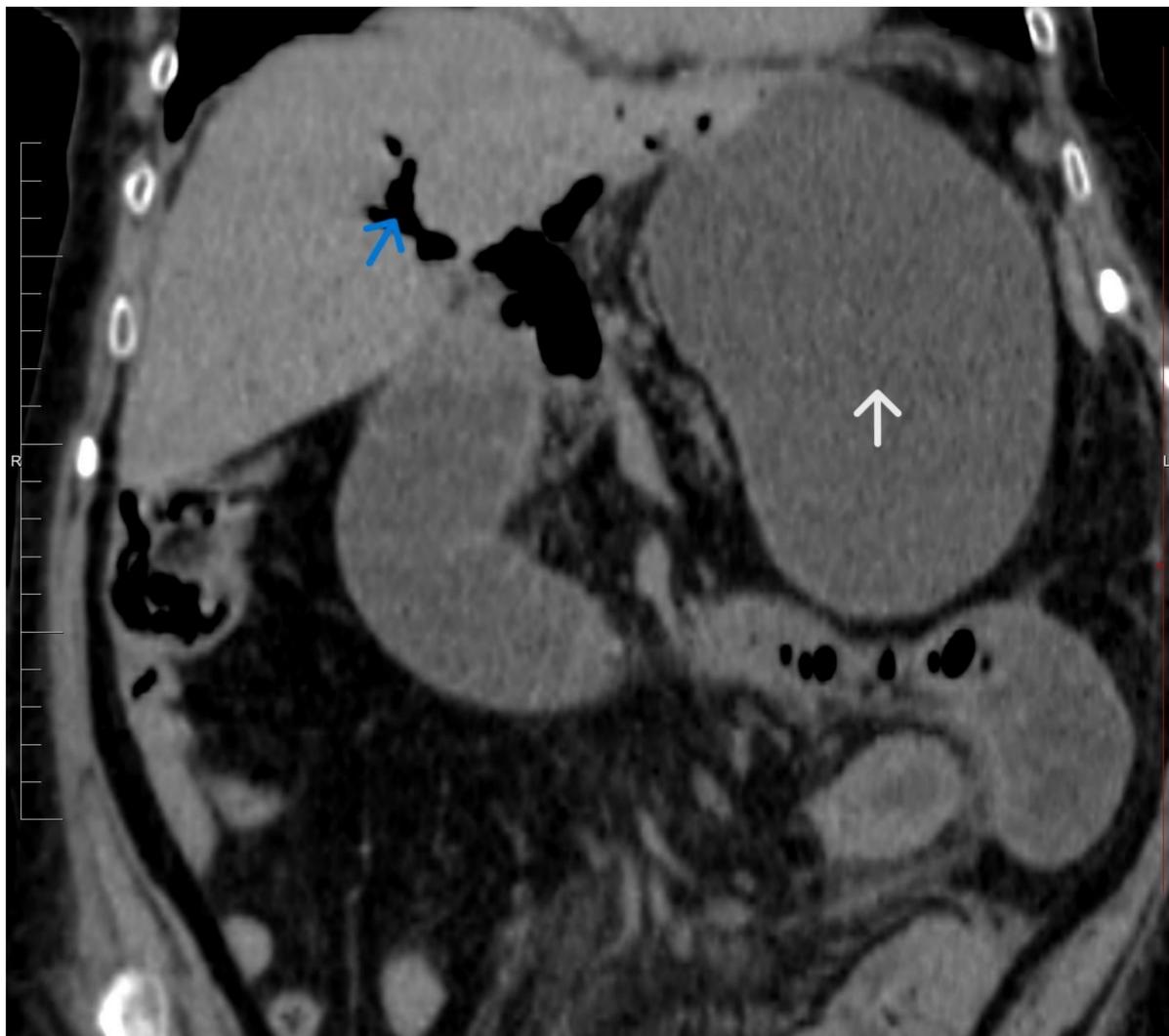
FÍSTULA COLECISTODUODENAL

La fístula colecistoduodenal espontánea es una rara complicación de la patología de la vesícula biliar, aunque es **la más frecuente de las fístulas coleentericas** (70 % de los casos de fístulas). Se produce mayormente por perforación vesicular. Como se ha dicho anteriormente, los síntomas relacionados varían ampliamente y suelen ser muy inespecíficos, imitando cualquier enfermedad biliar crónica. Incluso, puede llegar a ser asintomática y descubrirse durante la cirugía o como causa de aire en la vía biliar o vesícula. **Puede dar lugar a obstrucción intestinal**, a diferencia de otras fístulas coleentéricas.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 95 años con múltiples antecedentes entre los que destacan diabetes mellitus tipo 2, HTA, deterioro cognitivo y cardiopatía isquémica. Acude a urgencias por febrícula, astenia, debilidad y vómitos en posos de café, así como disminución del nivel de consciencia. Refiere molestias en hipogastrio. Se realiza una ecografía abdominal de urgencia en la que se ve la vesícula biliar con dificultad. Se observa además un engrosamiento parietal de aspecto edematoso de asas intestinales con dilatación de contenido de la cámara gástrica, con peristaltismo alternante, así como edema de la grasa mesentérica y lamina de líquido libre peritonea. Se plantea el diagnóstico diferencial entre enterocolitis difusa vs. isquemia mesentérica vs. obstrucción intestinal y sospecha de aerobilia, de origen incierto.

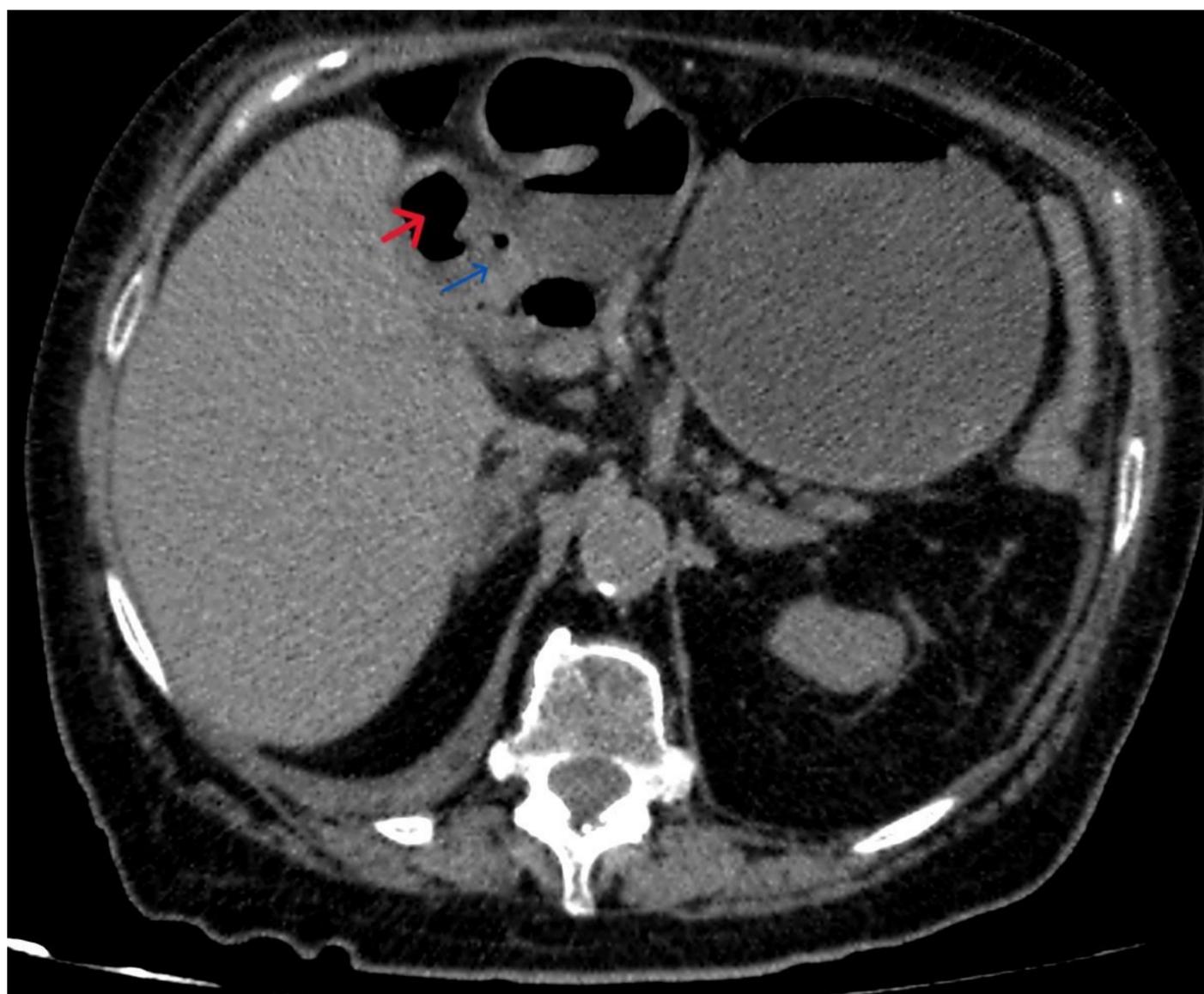
Se realiza un TAC en el que se ven hallazgos compatibles con obstrucción intestinal por colelitiasis impactada en yeyuno distal a nivel pélvico (íleo biliar) y probable fístula colecistoduodenal con trayecto al observarse neumocolecisto, sin evidenciar plano de separación con la primera porción duodenal. Además, se observa colelitiasis adicional en yeyuno medio y coledocolitiasis con dilatación de vía biliar retrógrada.



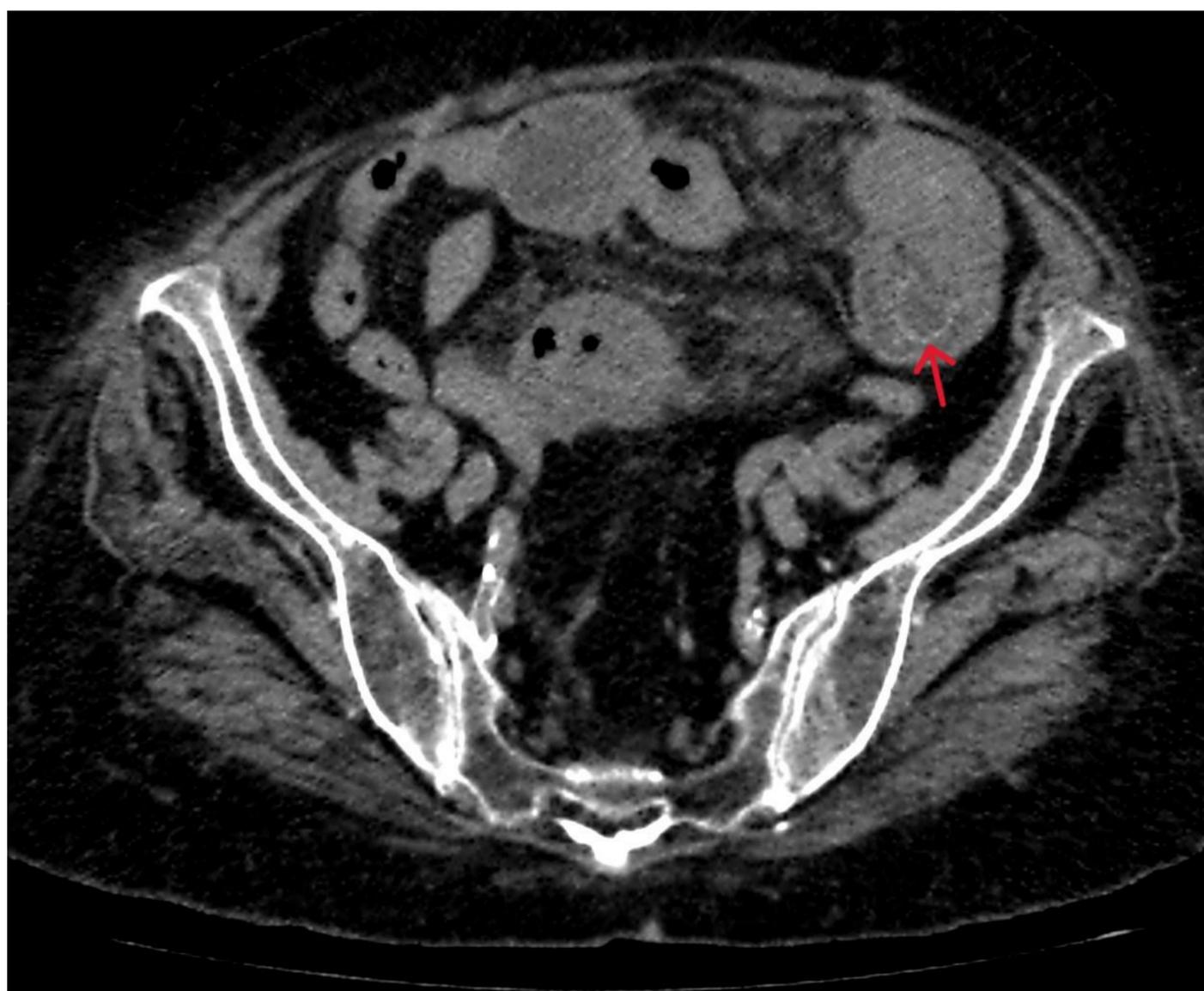
TC sin contraste iv. Corte coronal. En las imágenes se observa **aerobilia** en radicales intrahepáticos especialmente centrales (flecha azul) y del lóbulo hepático izquierdo. Dilatación de cámara gástrica (flecha blanca).



TC sin contraste iv. Corte coronal. **Neumocolecisto** (asterisco rosa) con leve engrosamiento mural, sin evidenciar plano de separación con la primera porción duodenal (asterisco negro) con aparente **trayecto de fístula colecistoduodenal** (flecha blanca).



TC sin contraste iv. Corte axial. Presencia de **aire** en vesícula biliar (flecha roja) y **trayecto fistuloso** (flecha azul) hacia duodeno.



TC sin contraste iv. Corte axial. Dilatación patológica de asas de yeyuno. Se observa un cambio de calibre a nivel de yeyuno donde se observa una imagen de 32 mm endoluminapélvico y contornos hiperdensos que podría corresponder con una **litiasis** (flecha roja). Signos indirectos de edema mural de asas de yeyuno, edema de la grasa mesentérica y pequeña cantidad de líquido libre peritoneal.

FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA

La fístula colecistocolónica (FCC) es la **segunda más frecuente tras la colecistoduodenal** (abarcando hasta el 26 % de las fístulas). A diferencia de las colecistoduodenales, las fístulas colecistocolónicas generalmente **no causan obstrucción intestinal**.

El mecanismo fisiopatológico de la FCC es similar al del resto de fístulas, añadiendo que algunos estudios han documentado el cáncer de vesícula biliar como causante del 1,7 % de los casos .

La sintomatología suele ser mínima e inespecífica. La **tríada clásica de síntomas son la diarrea** (debido al efecto laxante de los ácidos biliares volcados directamente en el colon), el **dolor** en hipocondrio derecho y **colangitis**. La **coloración verdínica de la materia fecal** también puede ser característica.

En cuanto a las pruebas de imagen, destacar que la vesícula biliar puede estar adherida al lado derecho del colon en donde se puede visualizar el trayecto de la fístula. Los cálculos biliares pueden ser visibles dentro de la misma fístula o dentro de la luz del colon.

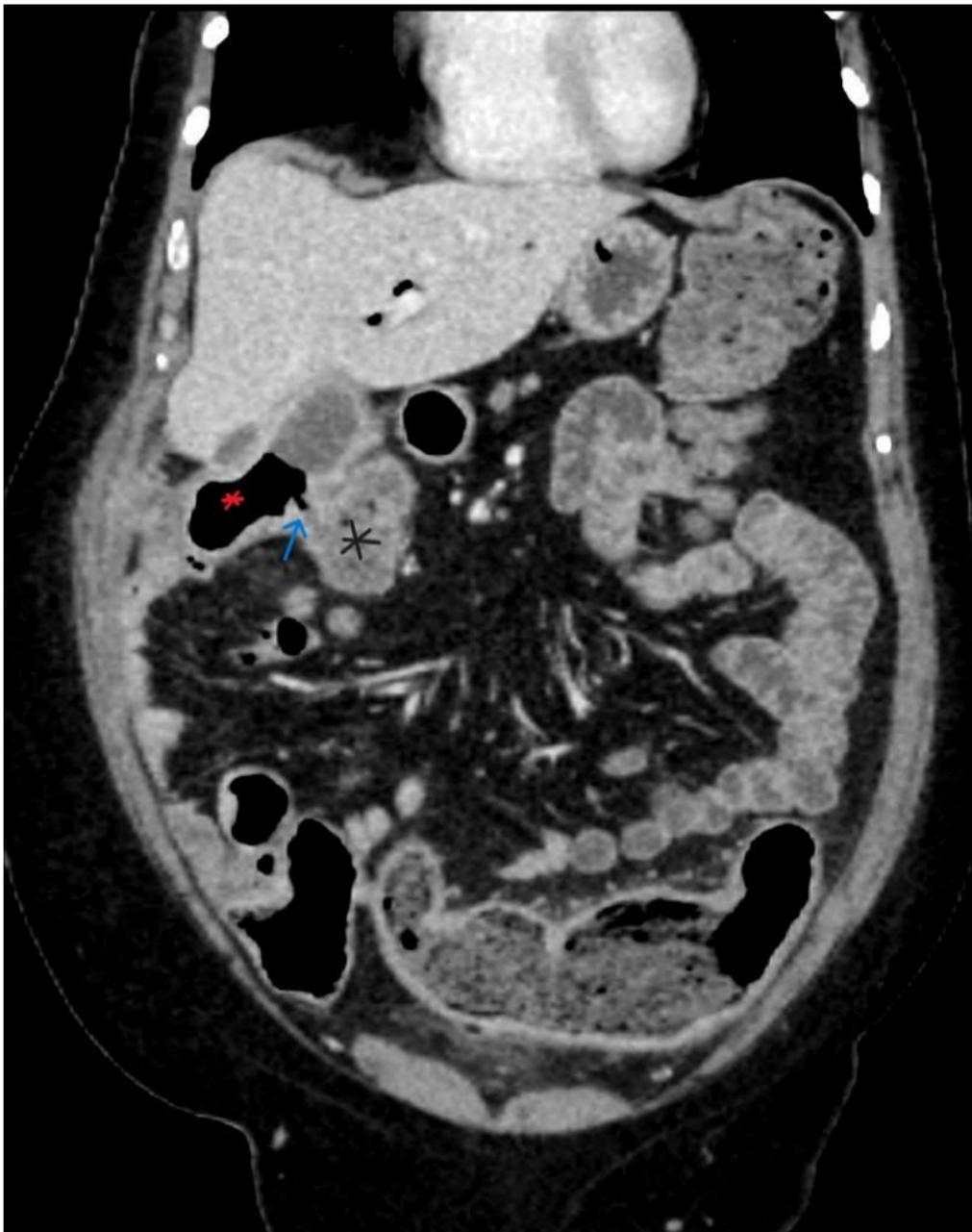
Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 67 años, con múltiples antecedentes entre los que destacan antecedentes de adenocarcinoma lobulillar infiltrante de mama izquierda (2015) y tumor de mama derecha triple negativo con QT neoadyuvante desde 2022. En abril de 2023 presentó colecistitis aguda litiásica perforada, tratada inicialmente con aztreonam durante 12 días y posteriormente con ciprofloxacino y metronidazol una semana más, no realizándose intervención quirúrgica durante ese ingreso.

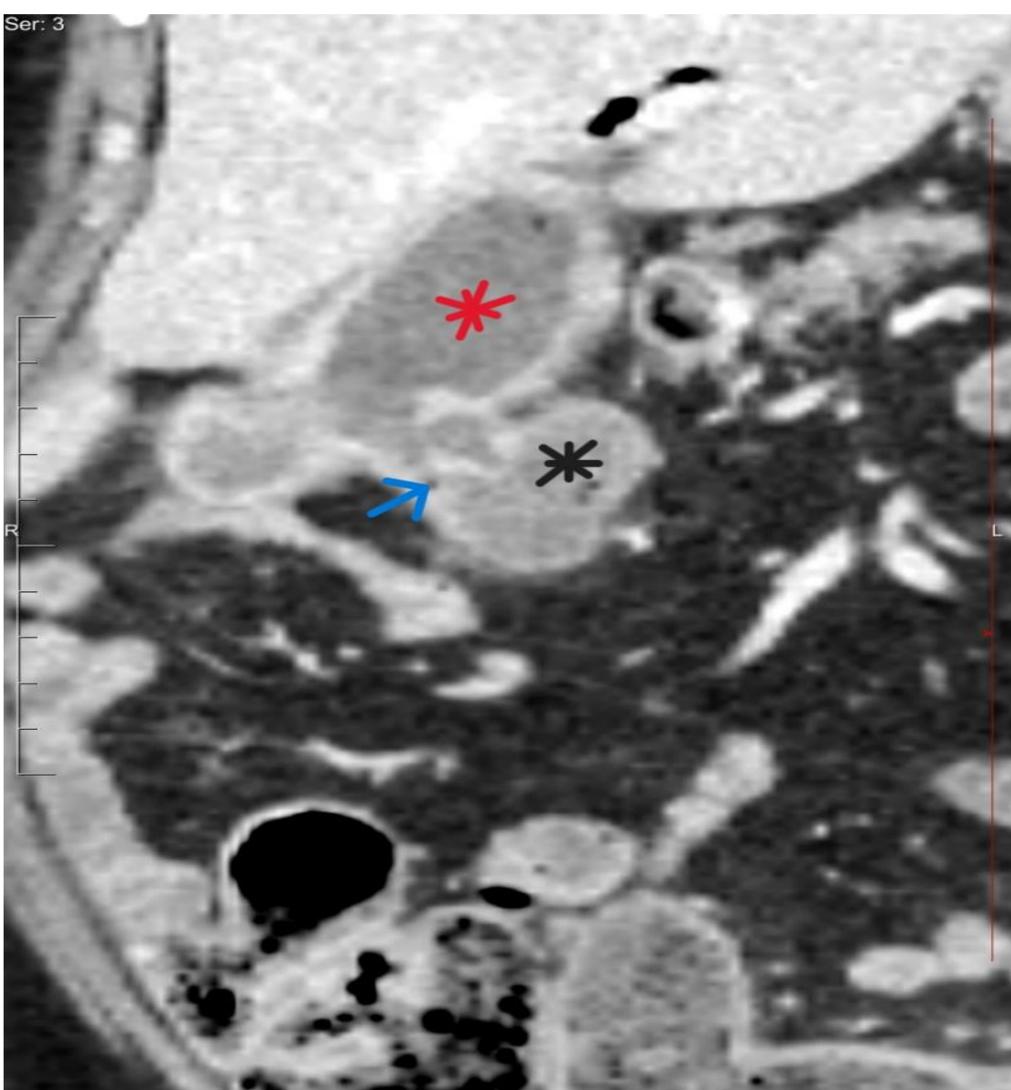
Ingresa en septiembre de 2023 por sospecha de cuadro de diverticulitis aguda sigmoidea que no cede a pesar de tratamiento ambulatorio con amoxicilina-clavulánico oral. Se inició tratamiento con aztreonam y metronidazol. Tras una semana, no mejoran los síntomas, por lo que se solicita una ecografía abdominal en la que se describe colelitiasis sin signos inflamatorios parietales, así como aerobilia y aire en vesícula biliar.

Se solicita TC de urgencia que se describe **como colecistitis aguda evolucionada con fístula colecistocólica con orificio comunicante de 5 mm con el ángulo hepático**, heces y nivel aéreo intraluminales, así como aerobilia dispersa.

Tras diez días, se repite el TC describiéndose una colecistitis aguda evolucionada aplastrada con fístula colecistocólica.



TC con contraste iv. Reconstrucción coronal. Se observa una **fístula colecistocólica** (trayecto de fístula flecha azul, colon en asterisco negro), neumobilia y aerobilia (asterisco rojo) ya conocida, así como leve distensión de sigma y colon descendente distal con contenido fecal, pérdida de haustración, cambio de calibre en recto superior (sin engrosamiento asociado) con presencia de algún divertículo aislado y lámina de líquido libre en pelvis.



TC con contraste iv. Reconstrucción coronal. Imagen ampliada donde se observa la **vesícula** (asterisco rojo) con la **pérdida de la integridad de los contornos** con respecto al colon ascendente (asterisco negro), estableciéndose un **orificio fistuloso** (flecha azul).

CONCLUSIONES

- Una de las **fístulas colecistoentéricas más frecuentes es la colecistoduodenal** que se produce hasta en el 70 % de los casos. Mayormente, la causa suele ser de origen litiásico.
- La **pneumobilia y la presencia de una vesícula biliar escleroatrófica adherida a órganos gastrointestinales** pueden hacernos sospechar la presencia de una posible perforación y una fístula colecistoentérica.
- Es de vital importancia que el **radiólogo reconozca algunos de los signos de sospecha** en una prueba de imagen para reconocer una perforación de vesícula biliar con la consecuente fístula que pueden empeorar el pronóstico del paciente.

REFERENCIAS

1. Aguilar-Espinosa F, Maza-Sánchez R, Vargas-Solís F, Guerrero-Martínez GA, Medina-Reyes JL, Flores-Quiroz PI. Fístula colecistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico. Rev Gastroenterol Mex. 2017;82(4):287-95. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rgmx.2016.10.010>
2. Niemeier OW. Acute free perforation of the gall bladder. Ann Surg. 1934;99:922-4.
3. Gasque RA, Mollard L, Cervantes JG, Lenz Virreira ME, Quiñonez EG, Mattera FJ. Fístula colecistocolónica como complicación de cáncer de vesícula avanzado. Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba. 2022;79(3):301-3. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n3.37351>
4. Kimura Y, Takada T, Strasberg SM, Pitt HA, Gouma DJ, Garden OJ, et al. TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. J Hepatobiliary Pancreat Sci. 2013;20(1):8-23. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00534-012-0564-0>
5. Palau DJA, Rae E. Revista del Hospital Privado de Comunidad Revista del Hospital Privado de Comunidad. Org.ar. Disponible en: <https://hpc.org.ar/wp-content/uploads/389-v8n1p16.pdf>
6. Fístula colecistocolónica [Internet]. HPC. HPC Hospital Privado de Comunidad; 2005. Disponible en: <https://www.hpc.org.ar/investigacion/revistas/volumen-8/fistula-colecistocolonica/>
7. Duzgun AP. Internal biliary fistula due to cholelithiasis: A single-centre experience. World J Gastroenterol. 2007;13(34):4606. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v13.i34.4606>
8. Ramirez JK, Montejo Viamontes N. Fístula coledocoduodenal. Rev Cuba Cir [Internet]. 2017;56(3):1-9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74932017000300010