

CASUÍSTICA

FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA

Dres. José Alberto Palau¹, Elizabeth Rae²

CASO

Un varón de 77 años de edad, con antecedentes de hernioplastia inguinal, epigastralgia recurrente, prostatismo y litiasis vesicular diagnosticada por ecografía previa (fig. 1 a y b), concurrió al hospital por dolor abdominal intermitente de tipo cólico a predominio de hipocondrio y flanco derecho, acompañado de episodios de diarrea intermitente, de dos meses de evolución. No refirió antecedentes de náuseas, vómitos ni pérdida de peso.

Tenía el abdomen blando, depresible e indoloro, sin signos de peritonismo. Se realizó ecografía abdominal que evidenció vesícula contraída, de paredes parcialmente definidas en su porción posterior y presencia de contenido ecogénico con reverberación posterior a nivel intravesicular y de vía biliar intra y extrahepática sugestivos de neumobilia (fig. 2 a-e).

Tras éstos hallazgos se decidió la realización de colon por enema, simple y doble contraste, que evidenció la plenificación de trayecto fistuloso colecistocolónico a nivel de la cara posterior de la vertiente transversa del ángulo hepático con opacificación de vesícula, vía biliar y duodeno (Fig. 3 y 4 a-b).

Tras éstos hallazgos se realizó videolaparoscopia terapéutica evidenciándose fistula colecistocolónica con plastrón de colon, epiplón mayor y vesícula biliar. Se realizó colecistectomía con disección, corte y cierre del trayecto fistuloso.

El diagnóstico anatomopatológico de la pieza quirúrgica fue vesícula de 8x3cm, sin contenido en su interior, de serosa lisa blanquecina-grisácea, mucosa lisa pardo-clara con áreas marrón rojizas compatible con colecistitis crónica.

DISCUSIÓN

Las fistulas biliares son el resultado de una comunicación anormal entre las distintas partes de la vía biliar o entre la vía biliar y otros órganos o el exterior¹.

Usualmente son relatadas como secuela de colecistitis crónica, siendo más frecuentes en mujeres jóvenes².

De acuerdo con el mecanismo de producción pueden ser espontáneas, resultado de procesos patológicos que involucran al hígado o vía biliar, o secundarias a una intervención quirúrgica¹.

Las fistulas biliares internas (con otros órganos) son las más frecuentes (1-5% de las afecciones biliares)¹, representando una complicación de coledocolitiasis o coledocolitiasis en 90% de los casos^{3,4}, 6% corresponde a complicación de enfermedad ulcerosa péptica y 4% a carcinoma del árbol biliar o vesicular, infección parasitaria o cirugía previa^{3,5,6} (5% de las colecistectomías)⁷.

En 80-90% de los casos el cálculo atraviesa espontáneamente la pared vesicular sin dar síntomas⁵ produciéndose una comunicación con el duodeno (70%), colon (26%)⁸, estómago (4%), yeyuno o ileon⁷.

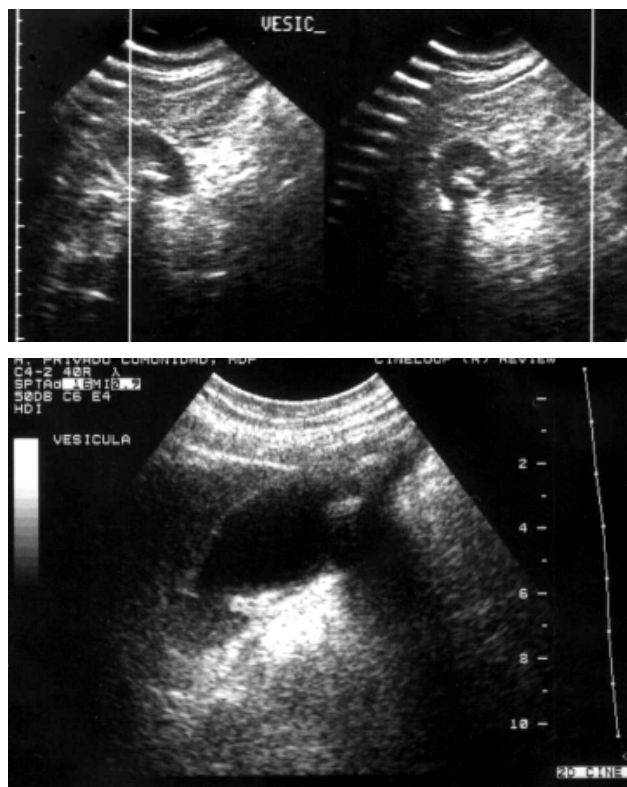


Figura 1 (a y b). Ecografía hepatobiliar: Vesícula de paredes finas con dos imágenes ecogénicas en su interior que producen sombra acústica posterior compatible con litiasis.

¹ Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Privado de Comunidad. ² Servicio de Ecografía del Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina. E-mail: josealbertopalau@hotmail.com

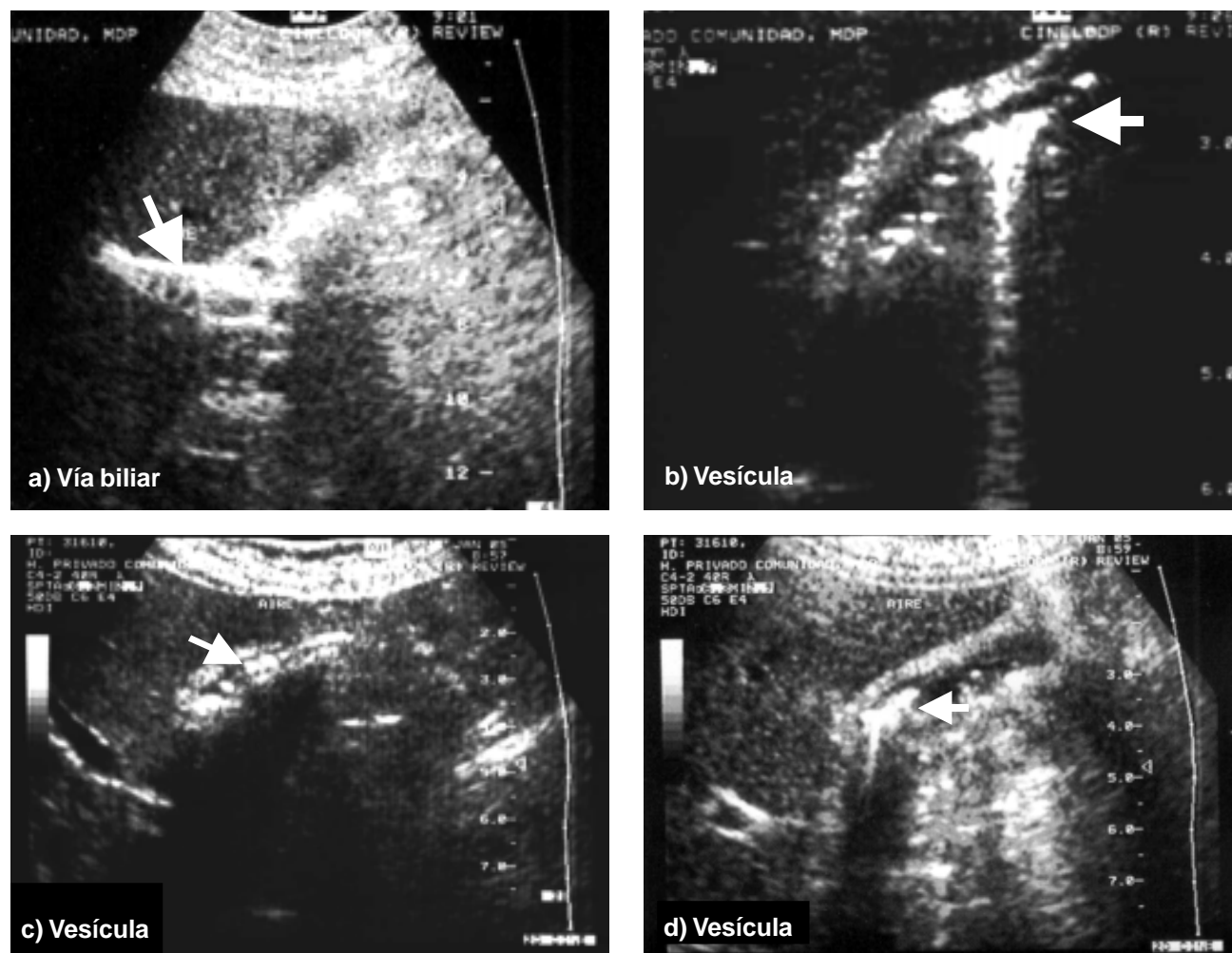


Figura 2(a-d). Ecografía hepatobiliar: Contenido ecogénico con reverberación posterior a nivel de vía biliar extrahepática (flecha blanca Fig. a), intrahepática (flecha blanca Fig. b) e intravesicular (flecha blanca Fig. c y d) sugestivos de aerobilia.

Las manifestaciones clínicas no son específicas y la mayoría de los casos son diagnosticados en base a un hallazgo en las imágenes³.

En alrededor de 80% el cálculo puede pasar a través del tubo digestivo sin producir obstrucción⁴, sin embargo, 20% puede presentar obstrucción intestinal mecánica por impactación del cálculo, constituyendo el denominado íleo biliar, caracterizado por presencia de aire en la vesícula o vías biliares, presencia de un cálculo en situación abdominal ectópica y patrón de obstrucción intestinal^{9,10}. La obstrucción intestinal puede darse ante cálculos mayores a 2,5cm de diámetro^{2,4,5,8}, produciéndose con mayor frecuencia a nivel del ileon terminal (60%), seguido del ileon proximal (24%), yeyuno distal (9%) y en 2% a nivel del colon sigmoides^{5,7}.

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 vesicular⁷. Puede complicar-



Figura 3. Colon por enema: Trayecto fistuloso colecistocolónico con opacificación de vesícula (flecha blanca).

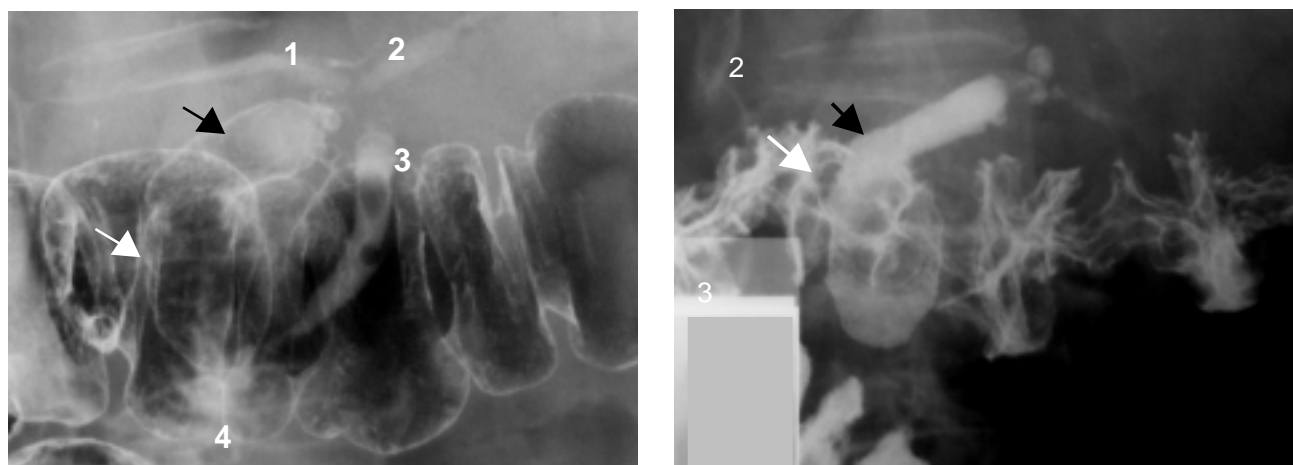


Figura 4 (a y b). Radiografía localizada: trayecto fistuloso colecistocolónico (flecha blanca) con opacificación de vesícula (flecha negra), vía biliar (1-2), colédoco (3) y duodeno (4).

se con obstrucción pilórica o duodenal por impactación del cálculo (síndrome de Bouveret) o bien con obstrucción intestinal (íleo biliar)^{1,2,3}. Generalmente es asintomática y se descubre durante la cirugía o como causa de aire en la vía biliar o vesícula¹.

Las fistulas 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)⁸ y la coloración verdínica de la materia fecal^{1,2,5}. En general se las identifica en la cirugía, sin embargo, el colon por enema puede opacificar la vesícula, habitualmente adherida al ángulo hepático del colon¹.

La causa más frecuente de aerobilia es la perforación vesicular o del colédoco al tracto gastrointestinal⁷. Otras causas son las secundarias a cirugía previa (esfinterectomías, colecistoduodenostomías o coledocoenterostomías), incompetencia del esfínter de Oddi en pacientes ancianos^{5,6,9,11} y colangitis ascendente⁷. Otro diagnóstico diferencial a tener en cuenta es la colecistitis enfisematosa caracterizada por la presencia de gas en la pared vesicular y en 20% neumobilia^{9,12}.

Las imágenes juegan un rol fundamental en la detección y manejo de las fistulas bilioentéricas. La evaluación puede realizarse con tomografía axial computada (TAC) y resonancia magnética por imágenes (RMI) o con estudios fluoroscópicos³.

La TAC es muy útil en la demostración del sitio de obstrucción y del lugar de la fistula bilioentérica³.

Los estudios baritados son importantes porque confirman la existencia de la comunicación bilioentérica. Veremos el material de contraste extenderse desde el duodeno o colon hacia la vesícula o vía biliar^{2,5,11}.

Los signos clásicos de íleo biliar en la radiografía

simple de abdomen son la presencia de obstrucción intestinal dilatadas, aire en la vía biliar (50-66%) y un cálculo localizado en posición ectópica del abdomen (visible en 25-50%)^{4,5,6,10,11,13}.

La ecografía es menos útil en la detección de fistulas, pero los hallazgos sugestivos incluyen la presencia de una vesícula contraída, irregular, con o sin cálculos; falta de visualización vesicular y neumobilia³. Además puede demostrar signos de obstrucción intestinal y con menor frecuencia la existencia de cálculos fuera del área biliar¹.

La CPRE es muy sensible en la demostración directa de fistulas bilioentéricas, especialmente las coledocoduodenales³.

La endoscopia es útil en las obstrucciones altas (síndrome de Bouveret) ya que permite visualizar y extraer el cálculo impactado^{1,13}.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ferraina P. Vías biliares. En: Michans J, Ferraina P, Oría A. Cirugía de Michans. 5ª Edición. 2ª reimpresión. El Ateneo. 2000; 610-5.
2. Zeman R, Burrell M. Gallbladder and bile duct imaging: A clinical radiologic approach. Churchill Livingstone. 1987; 257-73.
3. Pickhardt P, Bhalla S, Balfé D. Acquired gastrointestinal fistulas: classification, etiologies, and imaging evaluation. Radiology 2002;224:9-23.
4. Pickhardt P, Friedland J, Hruza D et al. Cholangiopancreatography and endoscopy. Findings in Bouveret's Syndrome. AJR 2003; 180: 1033-5.
5. Margulis A, Burhenne J. Radiología del aparato digestivo: 4ª Edición. Panamericana. 1991; 1008-9.
6. Blumgart L. Surgery of the liver and biliary tract. Churchill Livingstone. 1988; 777-86.
7. Wolfgang D. Radiology review manual. Fourth edition. Williams & Wilkins. 1999; 568.
8. Mittendorf E, Goel A, Seaman D. Image of the month. Cholecystocolonic fistula. Arch Surg 2004; 139:907-8.

9. Pedrosa S et al. *Diagnóstico por imagen: tratado de radiología clínica: volumen primero*. Interamericana. 1986; 484-5.
10. Lassandro F, Gagliardi N, Scuderi M et al. Gallstone ileus analysis of radiological findings in 27 patients. *Eur J Radiol* 2004; 50: 23-9.
11. Shackelford R. *Diagnóstico quirúrgico*. Salvat. 1971. Página 887-889.
12. Lewandowsky B, Withers C, Winsberg F. The air-filled left hepatic duct: the saber sign as an aid to the radiographic diagnosis of pneumobilia. *Radiology* 1984; 153: 329-32.
13. Brennan G, Rosenberg R, Arora S. Bouveret Syndrome. *Radiographics* 2004; 24: 1171-5.



Foto: Llevar las manos a ambos lados del cuerpo, respirar profundamente, cruzar los brazos por delante del pecho y expirar el aire contenido en los pulmones (fortalece los pulmones). Extraído de Curso de Gimnasia del Almanaque Argentino. En: Meier E, Cabelago R. Almanaque del Estudiante Argentino. 5ª edición. Kaiser y Cia impresores, Buenos Aires. 1915; 28.