



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DE CHILE

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA FÍSTULA COLECISTODUODENAL

INTERNA: ABBY ROJAS RODRIGUEZ
PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ
DEPTO. DE CIRUGIA SUR
FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE

Introducción

La colelitiasis es una condición frecuente en nuestra población, con una prevalencia en personas mayores de 20 años de aproximadamente 13% en el sexo masculino y 37% en el sexo femenino, sin embargo, se cree que estas cifras pueden haber ido aumentando a lo largo del tiempo. Se puede presentar de forma asintomática, constituyendo un hallazgo incidental imagenológico en algunos pacientes, así como también tener manifestaciones clínicas, tales como el cólico biliar, la colecistitis aguda, la pancreatitis aguda de origen biliar, el cáncer de vesícula biliar, entre otras. Una de las complicaciones crónicas de la colelitiasis es el íleo biliar, que puede ser secundario a una fístula bilioentérica, entre las que destaca la fístula colecistoduodenal (1).

La presente revisión bibliográfica se enfocará en fístula colecistoduodenal, teniendo como objetivos conocer su definición, epidemiología, manifestaciones clínicas, exámenes complementarios y aspectos esenciales de manejo.

Material y métodos

Para la realización de esta revisión bibliográfica se utilizaron los buscadores PubMed, LILACS y UpToDate. Se buscaron publicaciones comprendidas en los últimos 15 años, es decir, entre los años 2008 y 2023, haciendo uso de palabras clave como colelitiasis, fístula bilioentérica y fístula colecistoduodenal. Se seleccionaron 6 publicaciones que trataban acerca del diagnóstico y tratamiento de esta condición.

Cabe destacar que solo se encontraron publicaciones internacionales en el intervalo de tiempo mencionado previamente.

Resultados

Definición y epidemiología

Una fístula es una comunicación anormal entre 2 epitelios. La fístula bilioentérica se da entre el sistema biliar y el tracto digestivo. La causa más frecuente es la colelitiasis, constituyendo una complicación infrecuente de esta. Estudios han reportado una incidencia aproximada de 0.15-8% (2). Otras etiologías son enfermedad ulcerosa péptica, iatrogénica, tumores de la vía biliar, abscesos biliares, entre otras (3).

Se clasifica según localización en fístula colecistoduodenal, colecistocolónica, coledocoduodenal y colecistogástrica, de las cuales la primera es la más frecuente, con una prevalencia de 77-90%. El rango etario principalmente afectado corresponde a personas mayores de 60 años (2). Similar a la colelitiasis, es más frecuente en el sexo femenino (3).

Fisiopatología

Una de las complicaciones de la colelitiasis es la colecistitis crónica. Para entender la fisiopatología de la fístula colecistoduodenal se debe recordar la relación anatómica estrecha entre vesícula biliar y duodeno. La vesícula biliar inflamada puede adherirse a una zona del duodeno, la presencia de cálculos en la vesícula biliar puede generar erosión en su pared, teniendo como consecuencia la formación de un trayecto fistuloso entre vesícula biliar y duodeno (3).

Cuadro clínico

Los pacientes presentan síntomas y signos inespecíficos, entre los cuales se pueden mencionar dolor abdominal en cuadrante superior derecho, náuseas, vómitos, diarrea, meteorismo, baja de peso, ictericia. Además, pueden presentar una obstrucción intestinal secundaria a íleo biliar (2).

Dentro de las complicaciones se incluyen el síndrome de Bouveret, sepsis secundaria a colangitis aguda y hemorragia digestiva alta, pudiendo incluso llegar al shock, comprometiendo la vida del paciente (4).

Diagnóstico

Dada la inespecificidad de la clínica de esta condición se hace necesario apoyarse en exámenes complementarios para su diagnóstico. No obstante, en la mayoría de los casos este se realiza durante el acto quirúrgico. Es relevante tener un alto grado de sospecha para poder realizar un manejo precoz, considerando que la mortalidad del cuadro descrita en la literatura puede llegar hasta 36% (3).

En relación a exámenes de laboratorio, se pueden encontrar alteraciones relacionadas a otras complicaciones de la colelitiasis que puedan estar asociadas, por lo que una buena aproximación inicial sería solicitar hemograma, proteína C reactiva, perfil hepático (que incluya bilirrubina total y directa, transaminasas, fosfatasa alcalina, gamma-glutamil transpeptidasa), pruebas de coagulación (1).

En cuanto a imágenes, se ha descrito el uso de ecografía abdominal, algunos hallazgos son vesícula biliar atrófica, con paredes engrosadas y neumatosis, neumobilia a nivel intra y extrahepático, adherencia entre vesícula biliar y duodeno que puede evidenciarse indirectamente como un movimiento conjunto al realizar una inspiración profunda. Además, se puede administrar medio de contraste oral, logrando una evaluación dinámica, en que una parte de este fluye desde el duodeno a la vesícula biliar a través de la fístula colecistoduodenal y otra parte lo hace desde la vesícula biliar hacia la vía biliar extrahepática (5). El examen de elección es la tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis, la cual puede mostrar neumobilia y vesícula biliar escleroatrófica (2). Asimismo, se puede utilizar resonancia magnética (3). También se

pueden realizartécnicas más invasivas, como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (ERCP), la cual puede evidenciar la fístula (6), específicamente el paso de medio de contraste desde la vesícula biliar al duodeno. Cabe mencionar que el estudio imagenológico no logra confirmar el diagnóstico en todos los casos (3).

Cuando el diagnóstico no se puede hacer previo a la resolución quirúrgica, durante esta se puede reconocer la fístula como una adherencia difícil de remover (6).

Manejo

El tratamiento de elección es la resolución quirúrgica, que consiste en adhesiolisis, colecistectomía y resección del trayecto fistuloso (2). Se puede realizar por laparoscopia o laparotomía, dependiendo de los antecedentes del paciente, la capacidad para llevar a cabo cada técnica –tanto por disponibilidad de instrumental quirúrgico como por experticia del cirujano–, por lo que la decisión debe ser tomada caso a caso. Respecto a la técnica quirúrgica, se describe el uso de grapadoras lineales y endo-GIA (6).

En pacientes que no son buenos candidatos a cirugía puede ser útil el abordaje mediante ERCP, en que se realiza esfinterotomía para lograr un drenaje de la vía biliar y eventualmente una curación espontánea de la fístula (3). También se puede ofrecer la colecistostomía percutánea. Se debe considerar que ambas alternativas constituyen medidas de salvataje, transitorias, dado que tienen como objetivo el manejo sintomático y no la curación del cuadro (4).

Discusión

Es bien conocida la alta prevalencia de patología biliar litiásica a nivel nacional y las múltiples complicaciones que esta conlleva, siendo la más preocupante el cáncer de vesícula biliar, lo que ha impulsado la implementación de la colecistectomía preventiva en personas de 35 a 49 años (GES n°26). También hay condiciones frecuentes que motivan la consulta en servicios de urgencias, como por ejemplo la colecistitis aguda, coledocolitiasis y colangitis aguda, con las cuales los médicos generales están más familiarizados. Sin embargo, existen también cuadros clínicos infrecuentes, como son las fístulas bilioentéricas; la colecistoduodenal es la principal de ellas, ante las que se debe tener un alto índice de sospecha. Las manifestaciones clínicas suelen ser inespecíficas, por ende, se requieren exámenes complementarios para apoyar el diagnóstico, el cual en la mayoría de los casos se realiza durante la cirugía. Se debe derivar oportunamente a un centro de alta complejidad para recibir manejo por especialista. El tratamiento de primera línea es la cirugía, que consiste en adhesiolisis, colecistectomía y resección del trayecto fistuloso.

Referencias

1. Colecistitis aguda. Cirugía en Medicina General – Manual de Enfermedades Quirúrgicas, capítulo 19.
2. Aguilar-Espinosa F, Maza-Sánchez F, 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. *Revista de Gastroenterología de México*. 2017; 82(4):287-295.
3. Malik A, Bani Fawwaz BA, Michael M, Akram M, Khan A. Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP): Used to Diagnose and Treat Cholecystoduodenal Fistula, a Rare Clinical Entity. *Cureus*. 2021; 13(10):e18962.
4. Gupta A, Lieberman J, Isaza F, Browning C, Quinn S. Large cholelithiasis with cholecystoduodenal fistula. *Radiology Case Reports*. 2021; 661-663.
5. Yokoigawa N, Kawaguchi Y. Preoperative Diagnosis and Treatment of Cholecystoduodenal Fistula. *Case Rep Gastroenterol*. 2023; 17:242-247.
6. Pei F, Liu Y, Zhang F, Huang D, Gu B. Cholecystoduodenal fistula: ultrasonographic diagnosis with oral gastrointestinal ultrasound contrast medium. *Abdom Imaging*. 2011; 36:561-564.
7. Kumar P, Harlkrishnan S. Cholecystoduodenal Fistula: A Case Series of an Unusual Complication of Gallstone Diseases. *Cureus*. 2022; 14(11): e31651.