

Fístula colecistogástrica: reporte de caso

Cholecistogastric fistula: case report

Sandra G Ayala-Hernández,* José A López-Loredo,* Guadalupe K Peña-Portillo,*
Erwin I Marín-Pardo,* Guadalupe C Pérez-Torres*

Palabras clave:

fístula
colecistogástrica,
colecistectomía de
intervalo, cirugía
abierta.

Keywords:

cholecysto-gastric
fistula, interval
cholecystectomy, open
surgery.

RESUMEN

Introducción: las fístulas colecistoentéricas son poco frecuentes, la más común es la colecistoduodenal. Se deben a la erosión de la vesícula con ulterior formación del trayecto fistuloso. **Caso clínico:** paciente femenino de 59 años, con antecedente de cólico biliar de seis meses de evolución. Con tomografía de abdomen se observó pneumobilia, distensión gástrica y lito en píloro. Se realiza cirugía conservadora, con remoción del lito y colocación de sonda nasoyeyunal. **Conclusión:** la colecistectomía de intervalo es una opción quirúrgica.

ABSTRACT

Introduction: the cholecysto-enteric fistulas are uncommon, with the cholecysto-duodenal variety being the most common. They result from erosion with the subsequent formation of a fistulous tract. **Clinical case:** a 59-year-old female, with a six-month history of biliary colic, with abdominal CT scan that shows pneumobilia, gastric distension and a mass in the pyloric sphincter. A conservative surgery is then performed. **Conclusion:** an interval cholecystectomy is a safe alternative.

INTRODUCCIÓN

La fístula colecistogástrica es una complicación poco frecuente de la colecistitis y colelitiasis, la incidencia reportada es de 1-3%. La patogénesis de la formación de la fístula se debe a la erosión y necrosis de la pared de la vesícula, a su vez el lito entra en contacto con las vísceras huecas adyacentes.¹ La inflamación local induce a la formación de adherencias y finalmente la formación de la fístula. El lito puede llegar al estómago a través de la fístula colecistogástrica o colecistopilórica, y de forma indirecta por una fístula colecistoduodenal o coledocoduodenal.² Hasta en 90% de los casos se realiza el diagnóstico de fístula colecistogástrica de forma transquirúrgica, ya que la mayoría de los pacientes presentan síntomas poco específicos; sin embargo, hasta 7-10% desarrollarán íleo biliar.³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se trata de paciente femenino de 59 años, que cuenta con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 de larga evolución. Acude al servicio de urgencias por presentar dolor de tipo cólico en hipocondrio derecho de seis meses de evolución, de intensidad 6/10 en la escala análoga visual, sin irradiaciones, asociado a la ingesta de alimentos colecistoquinéticos, sin atenuantes, niega fiebre, ictericia, coluria o acolia. A la exploración física, con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, Murphy ausente, sin datos de irritación peritoneal. Cuenta con los siguientes laboratorios: hemoglobina 12.9 g/dl, hematocrito 37%, leucocitos $9.4 \times 10^3/\mu\text{l}$, plaquetas $360 \times 10^3/\mu\text{l}$, glucosa 178 mg/dl, creatinina 0.7 mg/dl, sodio 145 mEq/l, potasio 3.7 mEq/l, cloro 105 mEq/l, bilirrubina total 0.7 mg/dl, fosfatasa alcalina 55 U/l. Se

* Servicio de Cirugía
General, Hospital
Universitario de Puebla.
Puebla, México.

Recibido: 24/03/2022
Aceptado: 22/02/2023



Citar como: Ayala-Hernández SG, López-Loredo JA, Peña-Portillo GK, Marín-Pardo EI, Pérez-Torres GC. Fístula colecistogástrica: reporte de caso. Cir Gen. 2023; 45 (1): 47-50. <https://dx.doi.org/10.35366/110703>

realiza ultrasonido de hígado y vías biliares, el cual revela vesícula biliar con aumento de su ecogenicidad en toda su extensión, provocando fenómeno Wall-Echo-Shadow (WES) con dimensiones de $52.7 \times 29.4 \times 18.7$ mm. Con pared no valorable, colédoco de 5.8 mm, sin evidencia de litos en su interior (Figura 1). Se realiza rastreo tomográfico donde se observa vesícula con volumen de 13.2 cm^3 , heterogénea, con presencia de densidad aire, pared engrosada de manera regular con presencia de calcificaciones, estómago distendido, con presencia de imagen hiperdensa en su interior (probable lito) (Figura 2).

Por hallazgos a través de imagen se sospecha de fístula colecistogástrica, se programa para colecistectomía abierta. Observando como hallazgos, proceso adherencial importante, vesícula biliar escleroatrófica, se evidencia fístula colecistogástrica. Se procede a realizar gastrografía y extracción de lito de 2×3 cm, y cierre primario de la misma. Para mantener derivado el píloro, se optó por colocar una sonda nasoyeyunal. Se coloca sonda de colecistostomía (Figura 3).

En el postquirúrgico se inicia nutrición parenteral, posteriormente al quinto día postquirúrgico se realiza tomografía axial computarizada (TC) con contraste oral sin evidencia de fuga de medio de contraste (Figura 4), se

decide iniciar vía oral, se egresa una semana después de la cirugía.

DISCUSIÓN

La fístula colecistogástrica es una complicación poco frecuente de la colecistitis, es más prevalente en el sexo femenino entre la séptima y octava década de la vida. La migración de los litos hacia el estómago puede condicionar estenosis pilórica y hemorragia de la mucosa gástrica. Cuando la migración del lito provoca oclusión del píloro, se denomina síndrome de Bouveret.⁴ Si la migración se produce de forma caudal provoca íleo biliar.

Los signos y síntomas de pacientes con fístulas colecistogástricas son difusos y poco específicos, por ello la dificultad de realizar un diagnóstico preoperatorio. Es de utilidad realizar estudios de imagen, entre ellos, el ultrasonido se realiza de forma inicial; sin embargo, es poco específico y operador dependiente, se pueden observar como hallazgos pneumobilia, pared vesicular engrosada y lito enclavado. La tomografía es el estudio de elección, la cual revela pneumobilia (presente en 30-70% de los casos), colecistitis y distensión gástrica. Cuando se sospecha de íleo biliar, se puede encontrar la tríada de Rigler (pneumobilia, distensión intestinal, lito ectópico).⁵



Figura 1: Ultrasonido de hígado y vías biliares. La flecha indica engrosamiento de pared vesicular y escleroatrófica.

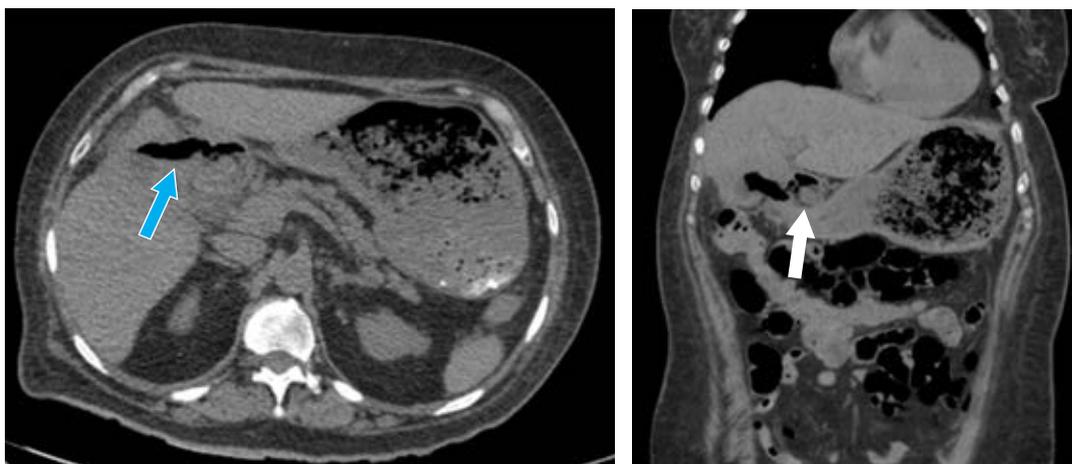


Figura 2: Tomografía axial computarizada simple de abdomen, con evidencia de pneumobilia (flecha azul), imagen sugestiva de lito (flecha blanca).



Figura 3: Enterotomía en píloro con remoción de lito.

El tratamiento quirúrgico ha sido el de elección en pacientes con fístulas, la cirugía abierta es la modalidad preferida de los cirujanos debido al intenso proceso inflamatorio que caracteriza a estos cuadros clínicos que dificultan la disección de los tejidos. El manejo de las fístulas se ha descrito de forma laparoscópica, y en centros especializados el índice de conversión a cirugía abierta se reporta de 6%.⁶ La decisión de elegir la cirugía laparoscópica dependerá de las comorbilidades del paciente y de la experiencia del cirujano.

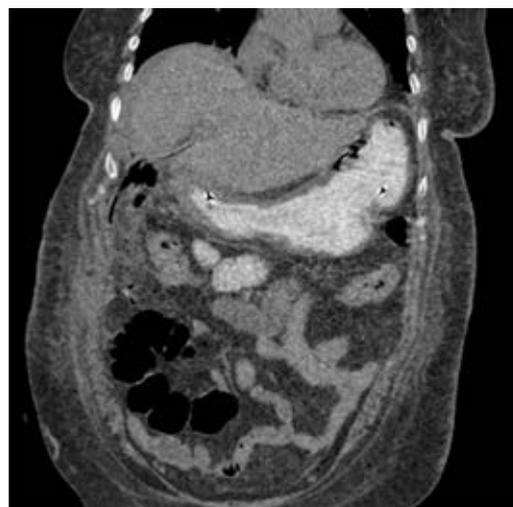


Figura 4: Tomografía axial computarizada con contraste oral, sin evidencia de fuga de medio de contraste.

Otro aspecto importante a considerar es el manejo en un solo tiempo quirúrgico, que incluye la extracción del lito, cierre de la fístula y colecistectomía. La remoción del lito se realiza a través de una enterotomía, para permitir la cicatrización del píloro se puede efectuar una gastroduodenostomía o una Billroth II. Sin embargo, este procedimiento aumenta el riesgo de lesión de la vía biliar. Debido a las complicaciones del abordaje en un solo tiempo se ha propuesto el procedimiento quirúrgico en

dos tiempos, con colecistectomía de intervalo y reparación de la fístula.⁷ En algunos casos cuando el conducto cístico permanece intacto, se reporta cierre espontáneo de la fístula, sin necesidad de realizar colecistectomía.

Por otro lado, cuando se identifica el lito que no está impactado en el píloro, se puede considerar el abordaje laparoscópico, evitando así la gastrostomía. El tratamiento endoscópico es viable, siempre y cuando se identifique la vesícula biliar sin litos en su interior y una vía biliar íntegra.⁸

CONCLUSIÓN

La fístula colecistogástrica es una complicación rara de la colecistitis. El diagnóstico suele realizarse de forma transoperatoria. El abordaje quirúrgico es el tratamiento de elección con cierre de la fístula, colecistectomía y derivación del píloro, optar por un procedimiento en un solo tiempo quirúrgico se asocia a mayores complicaciones. En el caso de nuestro paciente, optamos por un abordaje menos invasivo con remoción del lito, colecistectomía de intervalo, colocación de una sonda nasoyeyunal e inicio de nutrición parenteral, lo que presenta una adecuada evolución postquirúrgica.

REFERENCIAS

1. Aldekhayel M, Almohaimeed K, AlShahrani MS, Almweisheer S. Rare case of Mirizzi syndrome associated with cholecystogastric fistula. *BMJ Case Rep.* 2016; 2016: bcr2015212374. Available in: <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2015-212374>
2. Nessler E, Stoss F, Walsler J, Wohlgenannt G, Riedler L. The cholecystogastric fistula. *Surg Endosc.* 1991; 5: 46-47. Available in: <http://dx.doi.org/10.1007/bf00591387>

3. Boland MR, Bass GA, Robertson I, Walsh TN. Cholecystogastric fistula: a brief report and review of the literature. *J Surg Case Rep.* 2013; 2013: rjt028. Available in: <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjt028>
4. Sharma N, Adamic B, Anderson J, Holfinger S, Lo DY. A case of asymptomatic cholecystogastric fistula: 1188. *Am J Gastroenterol.* 2016; 111: S519-520. Available in: <http://dx.doi.org/10.14309/00000434-201610001-01188>
5. Aamery A, Pujji O, Mirza M. Operative management of cholecystogastric fistula: case report and literature review. *J Surg Case Rep.* 2019; 2019: rjz345. Available in: <http://dx.doi.org/10.1093/jscr/rjz345>
6. Rodriguez JER, Grossi AE de LMT, Siqueira VR, de Siqueira Filho JT, Pereira MAS, da Cunha DGC. Gallstone ileus associated with cholecystogastric fistula: case report, diagnosis and surgical treatment. *Int J Surg Case Rep.* 2021; 86: 106328. Available in: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijscr.2021.106328>
7. Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Sharma A, Khullar R, Soni V, Baijal M. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistulas. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2006; 16: 467-472. Available in: <http://dx.doi.org/10.1089/lap.2006.16.467>
8. Chatzoulis G, Kaltsas A, Danilidis L, Dimitriou J, Pachiadakis I. Mirizzi syndrome type IV associated with cholecystocolic fistula: a very rare condition--report of a case. *BMC Surg.* 2007; 7: 6. Available in: <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2482-7-6>

Consideraciones y responsabilidad ética: privacidad de los datos. De acuerdo a los protocolos establecidos en nuestro centro de trabajo, se declara que se han seguido los protocolos sobre la privacidad de datos de pacientes y preservado su anonimato.

Financiamiento: no se recibió apoyo financiero para la elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses: ninguno de los autores tiene conflicto de intereses en la realización de este estudio.

Correspondencia:

Dra. Sandra Gabriela Ayala Hernández

E-mail: sgahz94@gmail.com