

Fístulas biliocolónicas. Revisión de la literatura y análisis de dos casos con diferente etiología

Dr. Antonio Ramos-De la Medina,* Dr. Heriberto Medina-Franco*

* Departamento de Cirugía General. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

Correspondencia: Dr. Heriberto Medina Franco. Departamento de Cirugía. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Vasco de Quiroga 15, Col. Sección XVI, Tlalpan, México, D.F. CP 14000. Tel: 5573-7333 Ext. 2140. Fax: 5573-9321. E-mail: herimd@hotmail.com

Recibido para publicación: 24 de abril de 2002.

Aceptado para publicación: 8 de julio de 2002.

RESUMEN Antecedentes: las fístulas bilioentéricas son entidades poco frecuentes cuya etiología puede ser diversa. **Objetivo:** presentar dos casos de fístulas biliocolónicas con diferente presentación y revisar la literatura sobre la etiología, el diagnóstico y manejo de estos pacientes. **Métodos:** se revisaron dos casos de fístulas biliocolónicas. **Resultados:** caso 1. Mujer de 48 años, se presentó con hemorragia de tubo digestivo bajo secundario a una fístula colecistocolónica asociada a colecistitis crónica litiásica. Caso 2. Mujer de 60 años con múltiples abscesos hepáticos asociados a una fístula biliocolónica secundaria a un adenocarcinoma de vesícula biliar. **Conclusiones:** las fístulas biliocolónicas son complicaciones reconocidas de la colecistitis crónica litiásica. La asociación a neoplasias es menos frecuente. Su diagnóstico preoperatorio es difícil y su manejo debe ser quirúrgico.

Palabras clave: fístula, colecistocolónica biliar interna, bilioentérica, hemorragia digestiva baja, carcinoma vesícula biliar.

SUMMARY Background: Bilioenteric fistulas are entities whose etiology can be diverse. **Objective:** The aim of this paper was to present two cases of biliary-colonic fistulas with different presentations and to review existing literature regarding etiology, diagnosis, and management of these patients. **Methods:** Two cases of biliary-colonic fistulas were reviewed. **Results:** Case 1. A 48-year-old woman presented with lower gastrointestinal bleeding secondary to cholecystocolonic fistula in context of cholelithiasis. Case 2. A 60-year-old woman with multiple hepatic abscess associated with biliary-colonic fistula secondary to adenocarcinoma of gallbladder. **Conclusions:** Biliary-colonic fistulas are recognized complications of cholelithiasis. Association with neoplasia is less frequent. Preoperative diagnosis is difficult and management must be surgical.

Key words: Fistula, cholecystocolonic, internal biliary, biliary-enteric gallbladder, carcinoma, lower gastrointestinal bleeding.

INTRODUCCIÓN

La formación de una fístula entre la vesícula biliar y el colon es una entidad poco frecuente. Habitualmente la causa de esta comunicación es la presencia de colecistitis crónica litiásica de larga evolución. A continuación se presentan dos casos con etiología diferente. Se realizó una revisión extensa de la literatura.

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Una paciente del sexo femenino de 48 años de edad, con diabetes mellitus tipo 2, diagnosticada tres años an-

tes y bajo tratamiento con hipoglucemiantes orales, acudió al hospital con un cuadro caracterizado por rectorragia durante la defecación, seguida de dolor abdominal tipo cólico, difuso, de pocos minutos de duración. Inmediatamente después de este evento presentó hematoquezia de aproximadamente un litro. A su ingreso presentaba signos vitales normales y la exploración física fue irrelevante. Sus exámenes de laboratorio de rutina no mostraron alteraciones.

Se realizó endoscopia de tubo digestivo superior, misma que reportó como normal. Una colonoscopia larga con toma de biopsias evidenció engrosamiento de la mucosa, así como una zona ulcerada cercana al ángulo hepático. El examen histopatológico fue compatible con colitis inespecífica. Se realizó tomografía axial compu-

tada que mostró tumoración de aproximadamente 5 cm de diámetro en el ángulo hepático del colon en continuidad con la vesícula biliar (*Figura 1*), por lo que se decidió llevar a cabo laparotomía exploradora en la que se encontró vesícula biliar inflamada con múltiples adherencias hacia el ángulo hepático de colon y comunicación con el mismo. Se llevó a cabo hemicolectomía derecha y colecistectomía subtotal. El estudio anatomopatológico reportó colecistitis crónica litiásica con perforación del ángulo hepático del colon, inflamación crónica panmural y cambios isquémicos en la mucosa vecina. La paciente fue dada de alta siete días después en buenas condiciones.

Caso 2

Una paciente de 60 años de edad con diabetes mellitus tipo 2 acudió al hospital con un cuadro de tres semanas de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio derecho y epigastrio, de tipo urente, constante, acompañado de náusea y vómito de contenido alimentario, además de fiebre de 38.5 °C. Previo a su ingreso un ultrasonido abdominal realizado en su institución primaria mostró múltiples abscesos hepáticos, por lo que recibió manejo con ceftriaxona y metronidazol intravenosos, sin mejoría clínica. Fue referida a nuestra institución donde se repitió ultrasonograma hepático que mostró múltiples abscesos hepáticos localizados en los segmentos IV y V, así como colelitiasis. Se inició manejo con ceftazidima, amikacina y metronidazol. Los exámenes de laboratorio relevantes a su ingreso fueron hemoglobina 10.6 g/dL, leucocitos 14.8×10^3 con diferencial

normal, albúmina 1.8 g/dL, colesterol total 58 mg/dL y sero-ameba negativa. Se realizó drenaje percutáneo guiado por tomografía computada, obteniendo material achocolatado. Este material se cultivó aislándose *Candida tropicalis*, sensible únicamente a anfotericina B, por lo que se recomendó manejo quirúrgico, que fue rechazado por la paciente debido a su negativa de recibir transfusiones por creencias religiosas. Se manejó con antimicrobianos, anfotericina B y drenaje percutáneo a derivación sin mejoría. Evolucionó con aumento de bilirrubinas y fosfatasa alcalina, así como dilatación de vía biliar intrahepática. Se intentó realizar colangiopancreatografía retrógrada endoscópica sin éxito, por presencia de estenosis a nivel del bulbo duodenal, por lo que se llevó a cabo colangiografía percutánea que mostró fístula biliocolónica (*Figura 2*). Ante los hallazgos se realizó resonancia magnética y colangiorresonancia, que fueron compatibles con un proceso tumoral a nivel de vesícula biliar. Se discutió de nueva cuenta el caso con la paciente y sus familiares, aceptando en esta ocasión la opción quirúrgica. Se llevó a laparotomía donde se evidenció un importante proceso neoplásico con involucro de vesícula biliar, ángulo hepático del colon y duodeno. Se llevó a cabo hemicolectomía derecha con anastomosis primaria y toma de biopsias. El examen anatomopatológico de la pieza quirúrgica y biopsias fue compatible con adenocarcinoma de vesícula biliar.

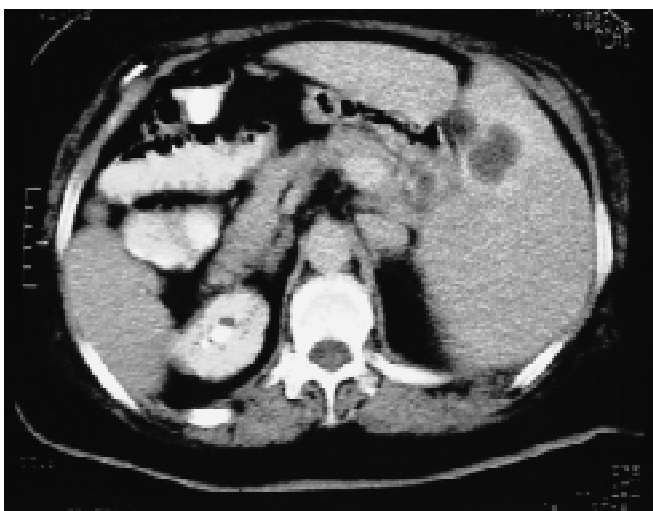


Figura 1. Tomografía computada que demuestra tumoración del ángulo hepático del colon en contigüidad con la vesícula biliar.



Figura 2. Colangiografía percutánea que demuestra dilatación de la vía biliar y comunicación de ésta con el colon.

DISCUSIÓN

Las fístulas bilioentéricas son complicaciones reconocidas de la colelitiasis. En una gran serie de pacientes operados por enfermedades de las vías biliares de etiología benigna su frecuencia fue de 0.9%.¹ El sitio más involucrado es el duodeno, constituyendo 72 a 80% de las fístulas bilioentéricas. Las fístulas colecistocolónicas representan 10 a 12% de todos los casos.² La etiología más común es la colecistitis litiasica, situación que se encontró en el primer caso. Otras causas son el carcinoma de vesícula biliar que invade al colon, las neoplasias primarias de colon que invaden la vesícula o viceversa como en el segundo caso reportado y, menos frecuentemente, procesos infecciosos.³

Los pacientes son habitualmente ancianos con colecistitis de larga evolución.⁴ El sitio más frecuente de presentación es el ángulo hepático del colon. La sintomatología es inespecífica y puede incluir fiebre, colangitis, íleo biliar, diarrea, esteatorrea y malabsorción, así como desequilibrio electrolítico o hemorragia.⁵⁻⁹ Se ha propuesto que la hemorragia se origina de la arteria cística erosionada.¹⁰

El diagnóstico no se sospecha con frecuencia en forma preoperatoria. En una serie de 33 casos de fístulas biliares internas, se llegó al diagnóstico en forma preoperatoria en 50% de los casos.¹¹ La presencia de aire en la vía biliar sugiere el diagnóstico.¹² Otro dato radiológico común es el reflujo de bario hacia el árbol biliar posterior a la realización de un colon por enema. Se ha propuesto que estas fístulas pueden cerrar en forma espontánea, sin embargo, la literatura no ha confirmado esta impresión. El manejo inicial debe incluir medidas de apoyo como manejo de electrolitos y administración de antibióticos.

El tratamiento de las fístulas colecistocolónicas debe ser quirúrgico, porque de no llevarse a cabo, la regla es que los pacientes evolucionen en forma tórpida debido a la alta incidencia de colangitis ascendente que se asocia a éstas. En una serie reportada por Grayson, tres pacientes con fístulas biliares internas que no se sometieron a cirugía murieron.¹³ La morbilidad y mortalidad de los pacientes con fístulas biliares internas sometidos a cirugía son considerablemente más altas en comparación con los pacientes con enfermedad biliar no complicada, en parte debido a que gran parte de los casos se presentan en pacientes de edad avanzada con comorbilidades importantes. Es conveniente preparar el colon en forma preoperatoria. Una parte funda-

mental del manejo quirúrgico de estos casos es la correcta identificación de la anatomía biliar previo a la realización de la colecistectomía, por lo que algunos autores recomiendan la realización de colangiografía transcística, teniendo especial cuidado en realizar ésta mediante punción directa y colocación de una jareta para prevenir derrames en caso de que la etiología de la fístula sea neoplásica.

La mortalidad de estos pacientes se ha reportado entre 12.5 y 23%.⁵ Pueden presentar complicaciones postoperatorias serias 20% de los pacientes. Cuando el diagnóstico se lleva a cabo en forma preoperatoria se puede optar por un abordaje laparoscópico en centros con experiencia en laparoscopia avanzada.^{14,15} Se ha reportado sobre el manejo mediante esfinterotomía endoscópica en pacientes de alto riesgo como alternativa de la cirugía.⁷

REFERENCIAS

1. Glenn F, Reed C, Grafe WR. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstet* 1981; 153: 527-31.
2. Knol JA, Eckhauser FE. Biliary fistulas. In: Shackelford's surgery of the alimentary tract. 5th ed. 2002.
3. Menda RK, Chulani HL. Cholecystocolonic fistula following ameboma of the ascending colon: report of a case. *Dis Colon Rectum* 1971; 14: 386-8.
4. Cuzner G, Stahl WM. Biliary-colonic fistulas. *Am J Proctol Gastroenterol Colon Rectal Surg* 1984; 35: 7-24.
5. Benage D, O'Connor KW. Cholecystocolonic fistula: malabsorptive consequences of lost bile acids. *J Clin Gastroenterol* 1990; 2: 192-4.
6. Rau WS, Matern S, Gerok W, Wenz W. Spontaneous cholecystocolonic fistula: a model situation for bile acid diarrhea and fatty acid diarrhea as a consequence of a disturbed enterohepatic circulation of bile acids. *Hepatogastroenterology* 1980; 3: 231-7.
7. Goldberg IR, Phillips RS, Barkin JS. Spontaneous cholecystocolonic fistula treated by endoscopic sphincterotomy. *Gastrointest Endosc* 1988; 1: 55-6.
8. Chaffee BJ. Cholecystocolonic fistula with large bowel hemorrhage. *Ann Surg* 1960; 152: 901.
9. Kaplan BJ. Massive lower gastrointestinal hemorrhage from cholecystocolonic fistula. *Dis Colon Rectum* 1967; 10: 191.
10. Welti H, Epfelbaum R, Gilbert G. Spontaneous cholecysto-colic fistula: cataclysmic hemorrhage from ulceration of the cystic artery. *Mem Acad Chir (Paris)* 1965; 91: 271.
11. Yamashita H, Chijiwa K, Ogawa Y, Kuroki S, Tanaka M. The internal biliary fistula-reappraisal of incidence, type, diagnosis and management of 33 consecutive cases. *HPB Surg* 1997; 10: 143-7.
12. Kuo KK, Sheen PC, Chang SC et al. Spontaneous multiple cholecystoenteric fistulas: a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 1999; 11: 674-8.
13. Grayson MJ, O'Connell N. Benign duodeno-colonic fistula. *Postgrad Med J* 1960; 36: 549.
14. Hida Y, Morita T, Fujita M, Miyasaka Y, Katoh H. Laparoscopic treatment of cholecystocolonic fistula: report a case preoperatively diagnosed by barium enema. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1999; 3: 217-9.
15. Ibrahim MI, Wolodiger F, Saber AA, Dennery B. Treatment of cholecystocolonic fistula by laparoscopy. *Surg Endosc* 1995; 6: 728-9.