

## CASOS CLÍNICOS

# Hemorragia digestiva baja masiva por fístula colecistocolónica. Presentación de caso clínico y revisión de la literatura

Drs. CLAUDIO GUERRA S, RÓBINSON CORRAL B, KURT SCHALPER C

Servicio de Cirugía Hospital Víctor Ríos Ruiz, Los Ángeles. Departamento Cirugía, Universidad San Sebastián

### RESUMEN

La fístula biliodigestiva constituye una complicación poco frecuente de la patología biliar litiásica con una incidencia de alrededor de un 2% a 8% en pacientes con patología biliar. Uno de los problemas fundamentales es la gran variedad de formas clínicas existentes, que va desde cuadros crónicos asintomáticos hasta otros agudos muy graves. De esta forma la existencia de criterios de sospecha se presenta como una importante herramienta para disminuir la elevada mortalidad que alcanza hasta un 60% en algunas series. La hemorragia digestiva como debut de este cuadro es excepcional, sin embargo, su presentación puede ser de magnitud variable llegando incluso a presentarse como hemorragia digestiva masiva. Se presenta el caso de una paciente de 73 años que ingresa al Servicio de Urgencia en paro cardiorrespiratorio secundario a hemorragia digestiva baja exanguinizante producida por una fístula colecistocolónica.

**PALABRAS CLAVES:** *Fístula colecistocolónica, hemorragia digestiva masiva*

### SUMMARY

Bilio-digestive fistulae account for 2 to 8% of the complications among patients with lithiasic disease. One of the main problems for the diagnosis is the wide range of clinical presentations; from asymptomatic chronic conditions to severe acute episodes. Therefore, established criteria to suspect this pathology would be a valuable tool to decrease its mortality rate. Exceptionally, this entity presents as gastrointestinal bleeding which can be massive. We report the case of a 73 year-old female who was admitted to the emergency unit in cardiac arrest due to a massive lower gastrointestinal hemorrhage originated from a cholecysto-colonic fistula.

**KEY WORDS:** *Cholecysto-colonic fistula, massive digestive bleeding*

### INTRODUCCIÓN

La fístula biliodigestiva constituye una complicación poco frecuente de la patología biliar. Debe destacarse la importante asociación reportada con procesos inflamatorios crónicos vesiculares, la gran mayoría de ellos por cálculos.<sup>1,2</sup> Las fístulas

colecistoentéricas espontáneas corresponden, muchas veces a cuadros de larga evolución con períodos de latencia de hasta 12 años y que tienen como forma de presentación más frecuente el íleo biliar.<sup>3</sup> Existen reportes que han demostrado incidencias muy variables que van de un 1,9% a un 8% en pacientes con patología biliar. Ocasionalmente,

éstas se presentan como consecuencia de intervenciones quirúrgicas previas y por lo general son de bajo gasto.<sup>4</sup>

Uno de los problemas fundamentales de esta patología es, en primer lugar, la gran variedad de formas clínicas existentes, que va desde cuadros crónicos asintomáticos hasta otros agudos muy graves. Otro problema fundamental asociado a esta condición consiste en la enorme dificultad que reviste al clínico realizar el diagnóstico, ya que muchas veces los síntomas presentes resultan inespecíficos y van a depender del tipo de defecto existente.

De esta forma la existencia de criterios específicos de sospecha se presenta como una importante herramienta para disminuir la elevada morbimortalidad asociada a estos cuadros, que alcanza hasta un 60% en algunas series.<sup>4</sup>

De acuerdo a los reportes de la literatura existiría una discreta mayor frecuencia en el sexo femenino y en edades avanzadas de la vida, cerca de los 60 años.

En relación al tipo de comunicación encontramos que la más frecuente es la colecistoduodenal, seguida por la colecistocolédociana, colecistogástrica y finalmente la colecistocolónica con cerca de sólo un 8% del total de fistulas biliodigestivas.<sup>5</sup>

Generalmente los síntomas asociados a este tipo de patología no son específicos, razón por la cual no se sospechan en forma preoperatoria. Así encontramos que casi la totalidad de los casos reportados han sido intervenidos de urgencia.<sup>6</sup> Dentro de los principales síntomas descritos en la literatura encontramos fiebre, calofríos, ictericia y dolor en hipocondrio derecho. Además, se han reportado como elementos clínicos importantes la pneumobilia (50% casos), la presencia de una vesícula pequeña atrófica adherida a otras estructuras e historia de desaparición súbita de la ictericia.<sup>5,6</sup>

Dentro de las complicaciones a largo plazo, más frecuentes en cuadros crónicos larvados, encontramos esteatorrea, osteomalacia y otras alteraciones nutricionales secundarias a la disminución de la absorción intestinal de grasas y vitaminas liposolubles.<sup>7</sup> Dentro de los principales síntomas descritos de fístulas colecistocolónicas encontramos calofríos y temblores que indican colangitis ascendente. Otros síntomas importantes son aquellos derivados de las alteraciones digestivas secundarias como la diarrea debida fundamentalmente al aumento masivo de ácidos biliares en el colon. La hemorragia digestiva como debut de este cuadro es excepcional, sin embargo, su presentación puede ser de magnitud variable llegando incluso a presentarse como hemorragia digestiva masiva.

Se presenta el caso de una paciente que ingresa al Servicio de Urgencia en paro cardiorrespiratorio secundario a hemorragia digestiva baja exanguinante producida por una fístula colecistocolónica.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 73 años, de sexo femenino, con antecedentes de hipertensión arterial en tratamiento que ingresa al Servicio de Urgencia con cuadro de rectorragia masiva, evolucionando con compromiso hemodinámico progresivo grave que no responde al aporte de volumen y medidas de soporte habituales. A su ingreso se constata una paciente pálida, obesa mórbida, con presión arterial de 70/30, pulso de 120 latidos por minuto. El examen segmentario no revela hallazgos significativos, salvo signos de compromiso hemodinámico importante. El examen abdominal es poco concluyente debido a la obesidad concomitante y el tacto rectal no revela masas, solo abundante sangre fresca.

Durante las maniobras de reanimación presenta paro cardiorrespiratorio que se maneja con intubación orotraqueal, masaje cardíaco y drogas vasoactivas, recuperando actividad cardíaca pero no respiratoria por lo que debe ser apoyada con ventilación manual asistida por no disponerse de cupos en la unidad de cuidados avanzados. Posteriormente presenta cese espontáneo de sangrado, con recuperación de estado neurológico y mejoría de función ventilatoria, por lo que es posible su extubación.

Evoluciona en forma satisfactoria, sin nuevos episodios de sangrado por lo que se realiza estudio colonoscópico en el cual se identifica una zona inflamatoria a nivel del colon transverso de la que se toman muestras para biopsia, no identificándose divertículos con signos de sangrado activo. Es manejada con transfusiones de hemoderivados, con mejoría de sus condiciones generales con episodios de rectorragia ocasionales y autolimitados. Se realiza estudio imagenológico mediante ecotomografía abdominal en la que se describe colelitiasis, con vía biliar de calibre normal, no habiendo otros hallazgos significativos.

El informe histopatológico de colon transverso revela elementos de inflamación crónica inespecífica, sin presencia de neoplasia. Posteriormente se realiza tomografía axial computada (TAC) de abdomen, en la que se aprecia una gran lesión calcificada en el segmento V del hígado, de naturaleza no precisable, pero sospechosa de corresponder a lesión tumoral calcificada, probablemente benigna.

Al décimo día de evolución presenta nuevo episodio de hemorragia digestiva masiva por lo que

se decide la exploración quirúrgica, previa autorización de familiares y de la paciente. Se realiza una laparotomía exploradora en la que se constata un extenso proceso inflamatorio perivesicular, con un plastrón formado por epiplón y colon transverso. Se evidencia una fístula colecistocolónica con un gran cálculo en tránsito entre vesícula y colon, con sangrado activo originado a nivel de la pared vesicular. Se realiza disección del plastrón, logrando realizar colecistectomía y ligadura de arteria cística, además de sutura de cabo colónico de la fístula.

La evolución de la paciente es tórpida, con episodios de crisis hipertensivas recurrentes de difícil manejo y edema pulmonar agudo que requiere apoyo con ventilación mecánica, con resultado final satisfactorio.

### DISCUSIÓN

La fístula biliodigestiva es una complicación infrecuente de la patología biliar tanto benigna como maligna. Se estima que la complicación en forma global presenta una incidencia de un 2 a 8% de los cuadros vesiculares agudos y crónicos.<sup>4</sup> El cuadro de colecistitis aguda no diagnosticado ni tratado en forma precoz, evoluciona muchas veces con la limitación del cuadro inflamatorio al hipocondrio derecho, mediante la formación de un plastrón. Este plastrón está formado por epiplón y vísceras huecas que limitan el cuadro inflamatorio. En presencia de cálculos de gran tamaño, con un cuadro inflamatorio intenso e isquemia de la pared por el efecto compresivo del cálculo, puede producirse la horadación de la pared de la vesícula y posteriormente de la víscera contigua. Este cuadro, normalmente inadvertido, evoluciona con la migración del cálculo al lumen intestinal, con cólicos intestinales a repetición y movilización de éste a través de su lumen produciendo eventualmente un cuadro obstructivo, el íleo biliar.

En forma menos frecuente aún, el cuadro de migración aguda del cálculo puede producir una lesión que comprometa elementos vasculares a nivel vesicular o de la pared de la víscera comprometida, ocasionando un cuadro de hemorragia digestiva alta o baja de magnitud variable. Un cuadro de hemorragia digestiva baja masiva, como fue el caso de nuestra paciente, normalmente debe manejarse con arteriografía y embolización selectiva, un recurso con el que no se cuenta en la mayoría de los centros hospitalarios del país, incluido el nuestro. El estudio ecográfico inicial, no reveló hallazgos significativos, probablemente por la obesidad de la paciente. El TAC abdominal, permitió un enfoque diagnóstico algo más cercano al describir

una gran lesión cálcica que resultó ser un cálculo en tránsito hacia el colon. Finalmente, la laparotomía exploradora permitió un diagnóstico y tratamiento adecuado, mediante la colecistectomía y ligadura de la arteria cística.

La morbilidad del cuadro, luego de la cirugía, está dada fundamentalmente por la patología de base, con cuadros de edema pulmonar, crisis hipertensivas de difícil manejo y cuadros respiratorios infecciosos, de los cuales finalmente se recupera satisfactoriamente.<sup>8-9</sup>

El objeto de esta presentación radica en el énfasis que se debe hacer en el diagnóstico y tratamiento precoz de la colelitiasis, para así evitar las múltiples complicaciones de este cuadro. Condiciones tan poco frecuentes como la descrita pueden verse en pacientes de edad avanzada, que se ven en forma creciente en nuestros Servicios de Urgencia, por lo que debe ser sospechada para implementar una terapia adecuada a la brevedad. Sin embargo, más importante aún, una condición tan prevalente como la colelitiasis, debe ser pesquisada y resuelta precozmente para evitar su complicación con cuadros de tanta gravedad, dificultades de diagnóstico y manejo como los que se ven en nuestra población cada vez de mayor edad.

### BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. Hida Y, Morita T, Fujita M, Miyasaka Y, Katoh H: Laparoscopic treatment of cholecystocolonic fistula: report of a case preoperatively diagnosed by barium enema. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 1999; 9: 217-9.
3. Kuo KK, Sheen PC, Chang SC *et al*: Spontaneous multiple cholecystoenteric fistulas a case report. *Kaohsiung J Med Sci* 1999; 15: 674-8.
4. Kunasani R, Rastogi V, Boonswang PD, Van Der Veer L: Cholecystocolonic fistula presenting as massive lower GI hemorrhage. *Gastrointest Endosc* 2003; 58: 142-4.
5. Moreno Ruiz FJ, Del Rey Moreno A, Suescun García RM: Treatment of cholecystoduodenal fistula in the era of laparoscopy. *Rev Esp Enferm Dig* 2001; 93: 715-20.
6. Benage D, O'Connor KW: Cholecystocolonic fistula: malabsorptive consequences of lost bile acids. *J Clin Gastroenterol* 1990; 12: 192-4.
7. Ramos-De la Medina A, Medina-Franco H: Biliary-colonic fistulas. Analysis of 2 cases and literature review. *Rev Gastroenterol Mex* 2002; 67: 207-9.
8. Stagnitti F, Mongardini M, Schillaci F *et al*: Spontaneous biliodigestive fistulae. The clinical considerations, surgical treatment and complications. *G Chir* 2000; 21: 110-7.
9. Kozlov VS, Gavrilenko VG, Lavrov AS, Borisenko VI: Observation of the complex biliodigestive fistula. *Klin Khir* 2001; 61-2.