

# FÍSTULA COLECISTODUODENAL: UNA EXTRAÑA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, UNA EXTRAORDINARIA CAUSA DE HEMATEMESIS.

*Cholecystoduodenal fistula: a rare cause of intestinal obstruction, an extraordinary cause of hematemesis.*

**Baute Trujillo EA<sup>1</sup>, Libroero Jiménez M<sup>2</sup>, Martínez Tirado P<sup>1</sup>, Moreno Barrueco M<sup>1</sup>**

<sup>1</sup>HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA.

<sup>2</sup>HOSPITAL COMARCAL SANTA ANA DE MOTRIL. GRANADA.

## Resumen

La fístula colecistoduodenal es una complicación poco frecuente de la colelitiasis. Los síntomas suelen ser inespecíficos presentándose rara vez en forma de íleo biliar y excepcionalmente como una hemorragia gastrointestinal alta.

Presentamos un caso de un paciente de 77 años con fístula colecistoduodenal que cursó con hematemesis diagnosticada por endoscopia y tomografía computarizada y que posteriormente se complicó con un íleo biliar en forma de síndrome de Bouveret. Finalmente se optó por manejo quirúrgico mediante enterolitotomía y colecistectomía abierta.

La hemorragia y los cuadros de íleo biliar asociados a fístulas colecistoduodenales suelen requerir cirugía ya que es poco probable que el tratamiento de la hemorragia o la extracción de la litiasis se puedan llevar a cabo mediante tratamiento conservador o endoscópico. La fístula colecistoduodenal debe considerarse como diagnóstico diferencial cuando un paciente con antecedentes

de enfermedad biliar se presenta con hemorragia gastrointestinal.

**Palabras clave:** fístula, colecistoduodenal, hematemesis, bouveret.

## Abstract

Cholecystoduodenal fistula is a rare complication of cholelithiasis. Symptoms are usually nonspecific, rarely presenting as biliary ileus and exceptionally as upper gastrointestinal bleeding.

We present a case of a 77-year-old patient with cholecystoduodenal fistula who presented with hematemesis diagnosed by endoscopy and computed tomography and later complicated by a biliary ileus in the form of Bouveret's syndrome. Finally, surgical management by enterolithotomy

Eduardo Adán Baute Trujillo  
Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.  
eduardobautetrujillo@gmail.com

Baute Trujillo EA, Libroero Jiménez M, Martínez Tirado P, Moreno Barrueco M. Fístula colecistoduodenal: una extraña causa de obstrucción intestinal, una extraordinaria causa de hematemesis. RAPD 2025;48(4):166-169. DOI: 10.37352/2025484.6

and open cholecystectomy was chosen; endoscopic hemostasis could not be achieved, but surgical treatment was successful.

Hemorrhage and biliary ileus associated with cholecystoduodenal fistulas usually require surgery because it is unlikely that treatment of the hemorrhage or removal of the lithiasis can be accomplished by conservative or endoscopic treatment. Cholecystoduodenal fistula should be considered as a differential diagnosis when a patient with a history of biliary disease presents with gastrointestinal bleeding.

**Keywords:** fistula, cholecystoduodenal, hematemesis, bouveret.

### Introducción

Las fistulas colecistoentéricas son una complicación poco frecuente de la enfermedad litiasica biliar, se asocian a fenómenos de isquemia e inflamación que provocan erosión y finalmente fistulización de la pared vesicular. Dentro de éstas, las colecistoduodenales son las más prevalentes siendo su presentación clínica muy variable. En la mayor parte de los casos son asintomáticas y se diagnostican de manera incidental en pruebas de imagen o cirugías abdominales; sin embargo, también se pueden presentar, con menos frecuencia, en forma de colangitis o pancreatitis de repetición, abscesos, obstrucción intestinal por íleo biliar o excepcionalmente en forma de hemorragia digestiva<sup>1</sup>. Con respecto al íleo biliar, cabe destacar que el íleon terminal es el lugar de impactación más común pero en ocasiones el enclavamiento de la litiasis se produce en tramos más proximales como en yeyuno o en duodeno, causando un cuadro de obstrucción gástrica conocido como síndrome de Bouveret<sup>2</sup>.

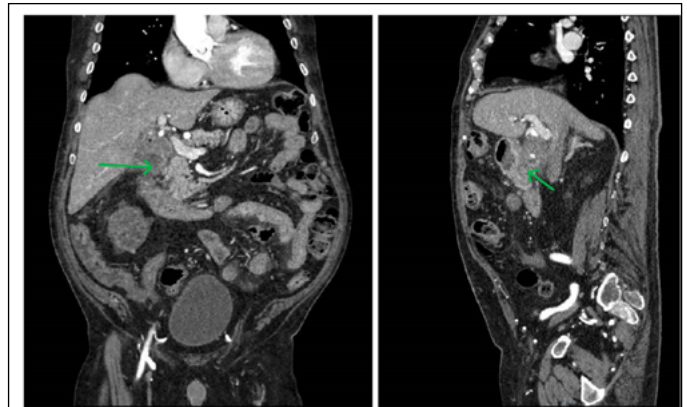
### Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente de 70 años extranjero con antecedentes personales de enfermedad renal crónica en terapia renal sustitutiva, colelitiasis sintomática y cirugía abdominal de la que no se dispone de informes. Acude a urgencias por cuadro de epigastralgia y hematemesis con inestabilidad hemodinámica. Analíticamente destaca hemoglobina de 7,5 g/dl (previa 12,8 g/dl) junto a empeoramiento de función renal basal con creatinina en 9,2 mg/dl. Se realiza gastroscopia que objetiva hemorragia digestiva alta secundaria úlcera duodenal de origen inflamatorio en probable contexto de cuerpo extraño que sugiere litiasis biliar enclavada a dicho nivel. Se trata de retirar pero no se consigue, dejando entrever en la mucosa subyacente una úlcera con coágulo adherido y bordes congestivos sin sangrado activo (Figura 1).



**Figura 1.** Imagen de endoscopia digestiva alta donde se objetiva litiasis biliar enclavada en duodeno que deja entrever en la mucosa subyacente úlcera con coágulo adherido y bordes congestivos.

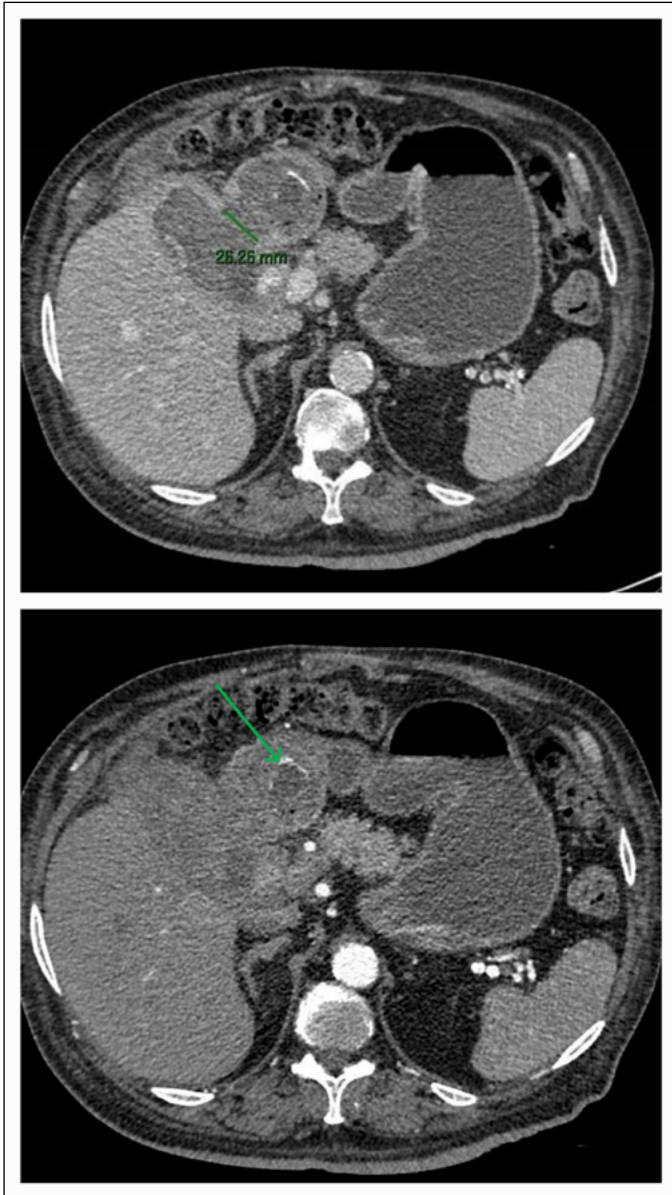
Se realiza entonces TAC de abdomen ante la sospecha de fistula colecistoduodenal. En dicha prueba de imagen se observa fistula colecistoduodenal de 8mm con burbujas aéreas en la luz vesicular y rarefacción de la grasa perivesicular y periduodenal sin objetivarse litiasis duodenales descritas en la endoscopia junto con foco de contraste extraluminal en la pared de la vesícula, en probable contexto de pequeño aneurisma (Figura 2).



**Figura 2.** Cortes coronal y sagital de TAC de abdomen con contraste inicial donde se puede observar fistula colecistoduodenal de 8mm con rarefacción de grasa adyacente a vesícula y duodeno.

El paciente es dado de alta en espera de cirugía programada, pero acude de nuevo a las pocas semanas por cuadro de epigastralgia y vómitos con inestabilidad hemodinámica. Se realiza nueva TAC de abdomen con hallazgos compatibles con síndrome de Bouveret secundario a paso de colelitiasis a primera porción duodenal por fistula colecistoduodenal ya conocida que había aumentado significativamente de tamaño. Además presenta dilatación de cámara gástrica y primera y segunda porciones duodenales y

ocupación de las mismas por material hiperdenso sugerente de hemático, observándose punto de sangrado activo en la pared de vesícula biliar (Figuras 3-4).



**Figura 3.** Cortes coronal y sagital de TAC de abdomen con contraste inicial donde se puede observar fístula colecistoduodenal de 8mm con rarefacción de grasa adyacente a vesícula y duodeno.

Por todo lo anteriormente expuesto se procede a intervenir al paciente mediante colecistectomía abierta, realizando hemostasia del sangrado aneurismático y extrayéndose además las litiasis biliares duodenales. Posteriormente, es dado de alta tras tratamiento con antibioterapia empírica y buena evolución.

## Discusión

La presentación clínica de una fístula colecistoduodenal en forma de hemorragia digestiva alta si bien descrito en la literatura, se trata de un hallazgo muy infrecuente. La invasión



**Figura 4.** Punto de sangrado activo en la pared de vesícula biliar próxima a infundíbulo, en la zona donde en TAC previa se describía pequeño pseudoaneurisma.

de la arteria cística por una úlcera duodenal puede provocar una hemorragia masiva, y un cálculo biliar puede causar la erosión de la misma arteria provocando de esa forma el sangrado. En la revisión realizada por Park JM et al. hasta en 4 de los casos descritos se intentó hemostasia endoscópica previa pero finalmente la cirugía fue necesaria en todos ellos<sup>3,4</sup>. En resumen, la hemorragia gastrointestinal causada por una fístula colecistoduodenal suele requerir cirugía ya que es poco probable que la hemorragia se resuelva mediante tratamiento conservador o hemostasia endoscópica.

Por otro lado, el hecho de que este mismo paciente presentara posteriormente un síndrome de Bouveret es un hecho insólito. Tal y como ha sucedido en nuestro caso, el tratamiento definitivo de esta complicación es quirúrgico, si bien no hay consenso sobre el procedimiento quirúrgico indicado, el más utilizado es la enterolitotomía con colecistectomía abierta, ante la inflamación crónica y distorsión anatómica<sup>1,2</sup>.

En conclusión, las fístulas colecistoduodenales deben considerarse dentro del diagnóstico diferencial cuando un paciente con antecedentes de enfermedad biliar presenta una hemorragia gastrointestinal.

## Bibliografía

1. Nuño-Guzmán CM, Marín-Contreras ME, Figueroa-Sánchez M, Corona JL. Gallstone ileus, clinical presentation, diagnostic and treatment approach. *World J Gastrointest Surg.* 2016 Jan 27;8(1):65-76. doi: 10.4240/wjgs.v8.i1.65.