

FÍSTULA COLECISTOCOLÓNICA, CAUSA ATÍPICA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA

CHOLECYSTOCOLONIC FISTULA, A RARE CAUSE OF LOWER GASTROINTESTINAL BLEEDING

Gómez Pérez A¹, Gros Alcalde B¹, Navarro Rodriguez E², Pérez Montilla ME³, Hervás Molina AJ¹

¹Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

²Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

³Radiodiagnóstico. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Resumen

La fístula colecistocolónica es una complicación infrecuente de la patología vesicular y supone el segundo tipo más frecuente de fístula colecistoentérica, tras la fístula colecistoduodenal. Tiene una presentación clínica variable, aunque en la mayoría de los casos cursa de forma asintomática y se diagnostica de forma incidental tras colecistectomía. El tratamiento definitivo de esta patología es la cirugía, aunque en algunas ocasiones, teniendo en cuenta la comorbilidad del paciente, puede optarse por un tratamiento conservador con vigilancia estrecha.

Presentamos el caso de un paciente con hemorragia digestiva baja masiva como presentación clínica de una fístula colecistocolónica, que dado el rápido deterioro clínico, precisó de manejo multidisciplinar y tratamiento endovascular.

Palabras clave: hemorragia gastrointestinal, fístula biliar, shock hemorrágico, embolización terapéutica.

Abstract

Cholecystocolic fistula is an unusual complication of gallbladder disease and is the second most common type of fistula cholecystoenteric, following cholecystoduodenal fistula. Cholecystocolic fistula has a variable clinical presentation, although in most cases is asymptomatic and is commonly discovered incidentally during cholecystectomy. The definitive treatment is surgery, although, sometimes clinical observation and surveillance can be an option.

We present the case of a patient with massive lower gastrointestinal bleeding as a clinical presentation of a cholecystocolonic fistula with fast worsening which required multidisciplinary management and endovascular treatment.

Keywords: gastrointestinal bleeding, biliary fistula, hemorrhagic shock, therapeutic embolization.

Introducción

La fístula colecistocolónica es una complicación inusual de la patología vesicular y supone el segundo tipo más frecuente de fístula colecistoentérica, tras la fístula colecistoduodenal. Se piensa que la inflamación crónica de la vesícula en el contexto de una coledocistitis o colecistitis crónica, es la principal etiología responsable. Sin embargo, se han descrito otras posibles causas como cirugía biliar previa, colecistostomía, traumatismos abdominales, afectación del colon ascendente por amebiasis, neoplasias o enfermedad diverticular. La hemorragia digestiva baja es una presentación infrecuente de esta

CORRESPONDENCIA

Alberto Gómez Pérez
Hospital Universitario Reina Sofía
28011 Córdoba
albertogp92@gmail.com

Fecha de envío: 11/02/2021

Fecha de aceptación: 21/06/2021

patología y suele producirse por la ulceración serosa y erosión parcial de la pared de la arteria cística en el contexto de una inflamación crónica vesicular.

Caso Clínico

Paciente de 75 años, hipertenso, diabético y doblemente antiagregado por cardiopatía isquémica revascularizada. Acude a urgencias por dos episodios de rectorragia escasa en las últimas 12 horas junto con dolor abdominal difuso, sin cortejo vegetativo. No presenta repercusión hemodinámica pero sí analítica (hemoglobina de 10,9 g/dl; previa de hace una semana de 12,4 g/dl).

Se decide ingreso en planta de hospitalización. A las pocas horas presenta dos nuevas exteriorizaciones abundantes en forma de rectorragia con repercusión hemodinámica grave que precisa de intensa resucitación, transfusión de hemoderivados, contacto con cirugía y radiología. Ante el rápido deterioro clínico, se solicita angioTC de abdomen y pelvis (Figura 1), objetivándose sangrado arterial activo a nivel del ángulo hepático del colon y alteración anatómica vesicular compatible con fístula colecistocolónica. El paciente es trasladado para resucitación a quirófano, donde se activa el protocolo de transfusión masiva, ventilación mecánica e inicio de drogas vasoactivas. Una vez lograda la estabilización hemodinámica, se contacta con Radiología Vascular y Cirugía general, decidiéndose de forma conjunta tratamiento endovascular ante la comorbilidad del paciente y la extrema gravedad. Se realiza bajo anestesia general, embolización selectiva de la arteria cística (Figura 2a, 2b y 3).

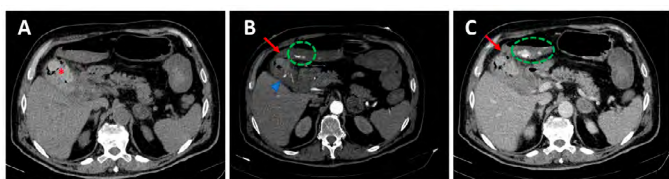


Figura 1

a) TC sin contraste centrada en el ángulo hepático del colon y la vesícula (*); b) imagen de la fase arterial que demuestra extravasación del contraste en la vesícula biliar (cabeza de flecha) y en el colon (círculo), también revela la existencia de una fístula colecistocolónica (flecha); c) imagen en fase venosa. Fístula colecistocolónica (flecha) sangrado activo con contraste en la luz del colon (círculo).

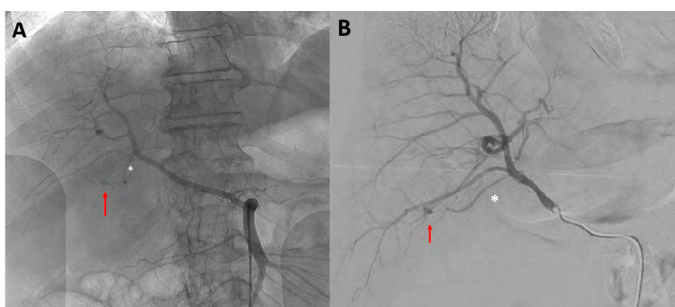


Figura 2

a) y b) arteriografía selectiva en la arteria hepática donde vemos extravasación del contraste (flecha) desde la arteria cística (*) que se cateteriza supraselectivamente y se emboliza con pegamento (dilución 1:4).



Figura 3

Vemos el agente embolizante en la arteria cística que quedó excluida.

Presenta evolución posterior favorable, sin presentar nuevas exteriorizaciones hemorrágicas ni otras incidencias clínicas. Se decide colecistectomía programada diferida.

Discusión

La fístula colecistocolónica es una complicación rara de las enfermedades de la vesícula biliar y tiene una incidencia de 1 de cada 1000 colecistectomías que se llevan a cabo. Es más frecuente en mujeres, entre la sexta y séptima década de la vida¹. El diagnóstico previo a la cirugía es complicado, ya que se trata de una complicación muy rara y que en un porcentaje elevado de pacientes suele cursar de forma asintomática².

La fístula colecistocolónica se produce como resultado de una inflamación crónica de la vesícula biliar. La inflamación produce ulceración e isquemia de la pared de la vesícula biliar, lo que provoca erosión y, finalmente, formación de fístulas. Aunque la patología biliar es la etiología principal de esta entidad, este tipo de fístulas pueden estar asociadas a traumatismos, infecciones amebianas, úlcera péptica, neoplasias biliares y diverticulitis³.

La presentación clínica de esta complicación es muy variable, desde formas asintomáticas, que constituyen la forma más frecuente, hasta complicaciones como obstrucción intestinal, abscesos hepáticos o hemorragia digestiva baja. Cuando se presenta de forma sintomática, suele cursar como dolor abdominal, diarrea, ictericia o fiebre. La esteatorrea es una forma de presentación relativamente frecuente y se debe a que la fístula altera la circulación enterohepática de los ácidos biliares llevando a su malabsorción^{1,3}.

El diagnóstico preoperatorio se basa en técnicas de imagen como ecografía, tomografía computarizada, resonancia magnética, CPRE y colonoscopia.

El tratamiento definitivo de la fístula colecistocolónica es quirúrgico. Si bien es cierto, que en pacientes con importante comorbilidad (obesidad, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades cardiovasculares), debe valorarse el riesgo-beneficio de la cirugía y considerar la observación y vigilancia estrecha como alternativa⁴.

La hemorragia digestiva baja como forma de presentación de esta entidad es excepcional, su magnitud es variable, pudiendo llegar a presentarse como una hemorragia digestiva masiva. En caso de exteriorización hemorrágica continua e inestabilidad hemodinámica refractaria a fluidoterapia, debe optarse por realizar una angiografía mediante TC multidetector, permitiendo fiablemente detectar y localizar el sangrado activo, además de identificar el vaso responsable, diferenciar la causa subyacente y diagnosticar variantes anatómicas. Toda esta información será útil para el posterior manejo (endoscopia, arteriografía o cirugía)⁵.

De acuerdo a las principales guías clínicas de manejo de la hemorragia digestiva baja, en caso de demostrar extravasación de contraste, debe considerarse la embolización, aunque ha de tenerse en cuenta la comorbilidad del paciente, experiencia del centro y recursos del mismo. La embolización puede llevarse a cabo a través de agentes sólidos como los coils, agentes líquidos (cianocrilatos, esclerosantes) o mediante partículas^{6,7}.

En el caso clínico de nuestro paciente cabe mencionar que dado el rápido deterioro clínico motivó que no se realizará colonoscopia, optándose por angioTC debido la situación de extrema gravedad. Una vez identificado el sangrado activo, se realizó consulta con Cirugía General y Radiología Vascular, que teniendo en cuenta la comorbilidad del paciente y la inestabilidad hemodinámica se optó por intentar en primer lugar embolización, y si esta no fuera exitosa, reservar en un segundo lugar la cirugía. El paciente tuvo una respuesta adecuada al tratamiento endovascular por lo que no precisó cirugía de rescate para control del sangrado digestivo.

Bibliografía

1. Costi R, Randone B, Violi V, Scatton O, Sarli L, Soubrane O, et al. Cholecystocolonic fistula: facts and myths. A review of the 231 published cases. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2009;16(1):8-18.
2. Li XY, Zhao X, Zheng P, Kao XM, Xiang XS, Ji W. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistula: A single-center experience. *J Int Med Res*. 2017; 45(3):1090-1097.
3. Abbasi SU, Khan DB, Khandwala K, Raza R, Memon WA. Cholecystocolonic Fistula. *Cureus*. 2019;11(6):e4874.
4. Balent E, Plackett TP, Lin-Hurtubise K. Cholecystocolonic fistula. *Hawaii J Med Public Health*. 2012;71(6):155-7.
5. Wells ML, Hansel SL, Bruining DH, Fletcher JG, Froemming AT, Barlow JM, et al. CT for Evaluation of Acute Gastrointestinal Bleeding. *Radiographics*. 2018; 38(4):1089-1107.
6. Oakland K, Chadwick G, East JE, Guy R, Humphries A, Jairath V, et al. Diagnosis and management of acute lower gastrointestinal bleeding: guidelines from the British Society of Gastroenterology. *Gut*. 2019; 68(5):776-789.
7. Strate LL, Gralnek IM. ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding. *Am J Gastroenterol*. 2016;111(4):459-74.