

# Caso clínico

## Diagnóstico endoscópico de una fístula colecistogástrica

Ramón Baños-Madrid, Hortensia Salama-Benarroch, Enrique Olmos-Brieba, Fernando Carballo-Álvarez.

### Resumen

La fístula colecistogástrica es el resultado de una comunicación anómala entre el árbol biliar y el tracto gastrointestinal. Se presenta el caso de un varón de 57 años, sin historial médico relevante, que consulta en urgencias por dolor abdominal y fiebre. El estudio endoscópico demostró una fístula gastrobiliar. Se realizó una laparotomía y se confirmó una fístula colecistogástrica. Se efectuó colecistectomía y reparación de la fístula y el paciente evolucionó bien.

**Descriptores:** Fístula colecistogástrica, diagnóstico endoscópico

**Key words:** Cholecystogastric fistula, endoscopic diagnosis

**Recibido:** 4 de enero de 2007

**Aceptado:** 20 de febrero de 2007

Las fístulas biliodigestivas son una complicación excepcional que puede aparecer en pacientes con patología biliar, principalmente coledoclitiasis, en la cual se produce una comunicación anormal entre el árbol biliar y el tubo digestivo.<sup>1</sup>

### Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 57 años con antecedentes de un episodio de dolor abdominal 3 años antes del ingreso actual, se diagnosticó cólico biliar no complicado y no precisó ingreso, tratamientos ni intervenciones quirúrgicas. Consultó en Urgencias por dolor en epigástrico e hipocondrio derecho de 3 días de evolución y fiebre de hasta 39°C. En la exploración el paciente presentaba fiebre de 38,5°C, taquicardia (110 latidos por minuto), auscultación cardiopulmonar normal y dolor en abdomen a la palpación, en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de irritación peritoneal y con ruidos intestinales normales. Los exámenes de laboratorio evidenciaron leucocitosis de 15.700/mm<sup>3</sup>, un hematocrito del 38%, pruebas de función hepática y amilasemia normales. La radiografía de tórax no presentaba hallazgos significativos y en la de abdomen destacaba la presencia de aerobilia.

La ecografía abdominal evidenció un hígado normal, sin lesiones focales con neumbilia, sin dilatación de la vía biliar intrahepática ni extrahepática; no fue posible valorar la vesícula biliar. La tomografía abdominal con contraste oral e intravenoso permitió visualizar una vesícula biliar pequeña con aire en su interior y neumbilia. Con la sospecha de fístula biliointestinal se realiza endoscopia digestiva alta y se aprecia en el antro gástrico (curvatura mayor de antro hacia cara anterior) un orificio de unos 3 mm con supuración de bilis y pus (Figura 1). Con el diagnóstico de fístula gastrobiliar y con la sospecha clínica de colecistitis aguda supurada se efectúa cirugía, y se encuentra una colecistitis escleroatrófica y una fístula colecistogástrica que involucraba el fondo vesicular y la cara anterior del antro gástrico. Se le realizó colecistectomía y cierre de la pared gástrica. El paciente presentó una buena evolución durante el postoperatorio, con resolución del cuadro clínico.

Servicio de Aparato Digestivo.  
Hospital Universitario Virgen de  
la Arrixaca. El Palmar. Murcia.  
España.

**Correspondencia:** Dr. Ramón  
Baños Madrid. Alameda de San  
Antón, nº 38, 1º B.  
30205. Cartagena. Murcia.  
España.

e-mail: rbmadrid71@yahoo.es

ISSN 0001-6002/2007/49/3/161-162  
Acta Médica Costarricense, ©2007  
Colegio de Médicos y Cirujanos



Figura 1. Orificio de fistula gastrobiliar en el nivel de cara anterior de antro (curvatura mayor).

## Discusión

La fistula biliodigestiva es una comunicación anormal que se produce entre la vía biliar y una parte del tubo digestivo (intestino delgado, grueso o estómago). Las fistulas biliodigestivas más comunes son las colecistoduodenales (65-77%), seguidas por las colecistocólicas (10-25%) y las colecistogástricas (5%); las colédocoduodenales son mucho menos frecuentes. Solo entre el 1% y el 15% de las fistulas biliodigestivas producen un cuadro denominado íleo biliar, en el que se da el paso de un cálculo desde la vesícula al intestino o estómago y se produce una obstrucción intestinal.<sup>2</sup>

La patogénia de la fistula biliodigestiva podría ser la de un proceso inflamatorio, que produce un menor flujo arterial vesicular y del drenaje venoso y linfático, lo que ocasiona un incremento de la presión intraluminal vesicular que favorece la necrosis, tras la perforación y fistulización a estructuras vecinas; en la mayoría de las ocasiones el proceso es precipitado por un cálculo vesicular que erosiona las paredes

de la vesícula y del tubo digestivo y que se añade al proceso anterior.<sup>2,3</sup>

Esta entidad es más frecuente en mujeres mayores, con historia de enfermedad biliar previa (colecistitis) y otras enfermedades crónicas como (diabetes, hipertensión, obesidad). Para el diagnóstico de la fistula gastrobiliar el principal instrumento es la endoscopia digestiva alta, aunque también es útil el tránsito gastroduodenal que permite ver el paso de contraste del estómago al árbol biliar. La ecografía abdominal es el mejor método para el estudio de la vesícula, dado que permite valorar la existencia de litiasis, neumbilia o colecistitis.<sup>2,4</sup> El tratamiento de la fistula gastrobiliar es la cirugía con colecistectomía y cierre de la pared gástrica.<sup>5</sup>

## Abstract

Cholecystogastric fistula is an anomalous communication between the biliary tree and the gastrointestinal tract. We report the case of a 57 year old male, without relevant past medical history, who arrived at the emergency room with abdominal pain and fever. An endoscopic study showed a biliogastric fistula. He underwent a laparotomy and a cholecystogastric fistula was confirmed. A cholecystectomy and fistula repair were performed. The patient did very well after the procedure.

## Referencias

1. Williams GD, Hara M. Spontaneous choledochogastric fistula. Report of the first successful surgical repair. *Am J Surg.* 1966; 112:102-5.
2. Bonet M, Guillen P, Pellicer F, Herrerias JM. Choledochogastric fistula associated with a large calculus situated in the stomach. *Rev Esp Enferm Apar Dig.* 1985; 68: 349-51.
3. Hoff WS, Ginsberg GG, Grossman MD, Reilly PM, Kauder DR, Schwab CW. Traumatic choledochogastric fistula: endoscopic evaluation and treatment with a biliary stent. *J Trauma.* 1998;45: 1094-6.
4. Beck A, Bocker D, Sontheimer J. Choledochogastric fistula. A rare complication of a cholangiocarcinoma. *Radiologe* 1989; 29: 391-3.
5. Nuzzo G, Giuliani F, Tebala GD, Vellone M. Laparoscopic management of cholecystogastric fistula. *Endoscopy.* 1997; 29:226.

### Asociación Costarricense de Médicos Generales

#### Actividad:

Taller Diagnóstico en Dermatología

#### Fecha y hora:

28 de junio de 2007, 7:30 p.m.

#### Créditos de emc: 1

Local: La Casa de Miguel, Grecia.

#### Informes de la actividad

Tel: 238-1400

### Asociación Costarricense para la Prevención y el Tratamiento de la Aterosclerosis

#### Actividad:

Simposio de Factores de Riesgo Cardiovascular

#### Fecha:

24 y 25 de agosto de 2007

#### Créditos de emc: 7

Local: Hotel San José Palacio

#### Informes de la actividad

253-2342/820-6650  
asocar@racsa.co.cr

### Asociación Costarricense de Pediatría

#### Actividad:

XLV Semana Pediátrica "Dr. Rodrigo Loría Cortés"

#### Fecha:

24 al 26 de septiembre de 2007

#### Créditos de emc: 15

Local: Pueblo Antiguo, Parque Nacional de Diversiones

#### Informes de la actividad

256-7130 / 222-0122  
ext 3513