



FÍSTULA BILIOENTÉRICA. PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Dra. Yordanka Franco Crespo.
M.Sc. Yelec Estrada Guerra.
Dra. Yuleysi Zamora Viera.
Dra. Dailén de la C. Quintana Abril.

Hospital Provincial General Docente Dr. Antonio Luaces Iraola. Ciego de Ávila

Autor para la correspondencia. Correo electrónico: yordankaf2013@gmail.com,
tlf.58163431.

Resumen

Introducción.

Las fístulas bilioentéricas son una comunicación anormal entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal, que ocurre de forma espontánea y en la mayoría de los casos constituye una complicación poco común de la litiasis vesicular no tratada.

Objetivo: Describir un caso de un paciente con síndrome general y anemia, cuya causa fue una fistula bilioentérica.

Presentación del caso: Paciente DVG, masculino, de 60 años de edad, con antecedentes de litiasis vesicular, acude a consulta y refiere hace aproximadamente tres años presenta pérdida de peso gradual y significativa, con toma del estado general que se acompañan de cuadros repetidos de dolor abdominal en hemiabdomen superior (epigastrio e hipocondrio derecho), fiebre de 38 a 39 grados centígrados, coloración amarilla de piel y mucosas, vómitos y diarreas que lo llevan a la deshidratación, por lo que fue ingresado en 2 ocasiones para su mejor estudio y tratamiento médico.

Examen Físico positivo: Ictericia y dolor abdominal en H. Derecho.

Exámenes de laboratorio que muestra Anemia ligera y leucocitosis, a predominio de polimorfonuclear, VSG alterada. Bilirrubina elevada, ecografía Abdominal: que muestra múltiples imágenes litiásicas en la vesícula biliar, con bilis de éxtasis.

La radiografía contrastada de Esófago -estómago- duodeno informa la presencia de comunicación bilioentérica con dilatación de asas de intestino delgado y neumobilia en hipocondrio derecho.

Diagnóstico: Fístula Bilio- Entérica.

Palabras clave: DOLOR, ICTERO, VÓMITOS Y FISTULA BILIO ENTÉRICA.



Abstract

Introduction: Bilioenteric fistulas are the abnormal communication between the bile duct system and the gastrointestinal tract that occurs spontaneously and is a rare complication of an untreated gallstone in the majority of cases.

Aim: To identify the incidence of bilioenteric fistula in patients with gallstones, its clinical presentation, diagnosis through imaging study, surgical management, postoperative complications and follow-up.

Objective: To describe of case de patient to have anemia and syndrome general because present a bilioenteric fistula.

Results: Patients DVG, masculine, of 60 years old, were identified with cholecystoduodenal fistula. To have 3 years aproximatly wich toma do estado general and abdominal pain. Fever 38 graus. All the patients underwent surgical, reatment and the diagnostic and therapeutic management of each of them was analyzed.

Conclusions: The incidence of cholecystoduodenal fistula was similar to that reported in the medical literature. It is a rare complication of gallstones and its diagnosis is difficult due to its nonspecific symptomatology. It should be contemplated in elderly patients that have a contracted gallbladder with numerous adhesions

Introducción

La fistula bilio entérica son la comunicación anormal entre el sistema biliar y el tracto gastrointestinal que ocurre de manera espontánea, es considerada una entidad rara que provoca consecuencias clínicas diversas y en ocasiones ponen en peligro la vida del paciente. Por su presentación clínica inespecífica, se dividen en 2: tipo no obstructivo, que producen colangitis recurrente, síndrome de malabsorción y pérdida de peso y tipo obstructivo, que desarrollan íleo biliar o síndrome de Bouveret, hematemesis o melena secundaria a la erosión de la pared gastrointestinal. ^(1,2)

La incidencia de las fístulas bilioentéricas en pacientes con colelitiasis es del 0.15-8% y se presentan entre el 0.15 y el 5% de todas las cirugías del tracto biliar. Las localizaciones más frecuentes de los trayectos fistulosos son: colecistoduodenal (77- 90%), colecistocolónica (8- 26.5%), coledocoduodenal (5%) y colecistogástrica (2%). ⁽¹⁾

Se presentan con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años. El mecanismo de formación se debe al impacto del lito en la bolsa de Hartman, el proceso



inflamatorio subsecuente y la formación de adherencias perivesiculares. La erosión del lito sobre la pared vesicular y en órganos contiguos ocasiona necrosis y formación del trayecto fistuloso. El proceso inflamatorio crónico vesicular ocasiona atrofia y pérdida de su función. El trayecto fistuloso colecistoentérico ocasiona la pérdida del mecanismo protector del esfínter de Oddi y la inserción oblicua del conducto biliar en el duodeno, lo que ocasiona el paso del contenido entérico al sistema biliar.⁽²⁻⁴⁾

En la mayoría de los casos el diagnóstico se hace durante el procedimiento quirúrgico, por los síntomas inespecíficos y que el diagnóstico preoperatorio preciso solo se hace en el 7.9% de los pacientes. Los pacientes se hospitalizan principalmente por dolor en hipocondrio derecho, rigidez muscular, náuseas, vómito, ictericia y colangitis leve, moderada o severa.⁽³⁾

El estudio imagenológico de elección es la tomografía axial computarizada y su tratamiento es quirúrgico, que consiste principalmente en disección de adherencias inflamatorias, colecistectomía y resección de la fístula.⁽⁴⁻⁶⁾

Presentación del caso

Paciente DVG, masculino, de 60 años de edad, con antecedentes de litiasis vesicular, acude a consulta y refiere hace aproximadamente tres años presenta pérdida de peso gradual y significativa, con toma del estado general que se acompañan de cuadros repetidos de dolor abdominal en hemiabdomen superior (epigastrio e hipocondrio derecho), fiebre de 38 a 39 grados centígrados, coloración amarilla de piel y mucosas, vómitos y diarreas que lo llevan a la deshidratación, por lo que fue ingresado en 2 ocasiones para su mejor estudio y tratamiento médico.

Examen Físico:

Mucosas: Ictéricas.

Abdomen: doloroso a la palpación superficial y profunda en hipocondrio derecho.

Se realizó Hemoquímica:

Hb: 100 g/L

Leucograma: $12,8 \times 10^9/l$ (P: 0,76, L: 0,23, E: 0,01).

VSG: 47 mm/h.

FA: 382U/h.

Bilirrubina T: 61,7 mmol/l, BD: 39,6 umol/l, BI: 22 umol/l - Ecografía Abdominal: Se observan múltiples imágenes litiásicas en la vesícula biliar, con bilis de éxtasis.



La radiografía contrastada de Esófago -estómago- duodeno informa la presencia de comunicación bilioentérica con dilatación de asas de intestino delgado y neumobilia en hipocondrio derecho.

Diagnóstico: Fístula Bilio- Entérica.

En estudios imagenológicos como radiografías contrastadas de EED y tomografía axial computarizada se confirma el diagnóstico antes descrito

Discusión

La fístula bilioentérica es una complicación muy poco común de colelitiasis; su incidencia es baja, es más frecuente en pacientes mayores de 60 años, la clínica es escasa, pero entre sus síntomas se encuentra el dolor abdominal en hipocondrio derecho, ictericia, colangitis, sangrado gastrointestinal, pérdida de peso, náuseas, vómito, flatulencia, intolerancia a grasas, diarrea.⁽⁷⁻¹²⁾

La tomografía de abdomen es el estudio de elección por sus hallazgos sugerentes de pneumobilia y vesícula biliar escleroatrófica adherida a órganos gastrointestinales. Para íleo biliar se identifica lito intraluminal, patrón de obstrucción intestinal y cambio de posición de lito en estudios seriados. Por lo poco específico de los síntomas y signos de esta entidad, el diagnóstico preoperatorio es difícil y es realizado en la mayoría de los casos durante la cirugía.^(8,9,13-16)

Muy similar al comportamiento del caso y confirmado posteriormente en los estudios de imagen, como esta que se anexa de un EED contrastado del paciente donde se informa la presencia de comunicación bilioentérica con dilatación de asas de intestino delgado y neumobilia en hipocondrio derecho confirmando el diagnóstico.





Conclusiones.

La fistula bilioentérica es una entidad rara en la cual se debe pensar en un paciente mayor de 60 años, con diagnóstico anterior de litiasis vesicular y colecistitis crónica, que acude con manifestaciones de dolor abdominal, anemia, deshidratación y otras síntomas; como ocurrió en este caso, puesto que se presenta de manera poco frecuente y no esta excenta de complicaciones.

Después de realizar su diagnostico el paciente fue remitido a consulta de cirugía para su adecuado manejo y tratamiento médico.

Referencias Bibliografías.

1. Duzgun AP, Ozmen MM, Ozer MV, et al. Internal biliary fistula, Due to cholelithiasis: A single---centre experience. World J Gastroenterol. 2007;13:460--9.
2. Roberts J, Lambrianides A. Spontaneous resolution of a gallstone ileus. J Surg Case Rep. 2012: 3.
3. Piedad OH, Wels PB. Spontaneous internal biliary fistula, obstructive and nonobstructive types: Twenty-year review of 55 cases. Ann Surg. 1972;175: 75---80.
4. Ozkan A, Ozaydin I, Kaya M, et al. Malrotation-associated cholecystoduodenal fistula. Am J Case Rep. 2014;14:18---21
5. Beksac K, Erkan A, Kaynaroglu V. Double incomplete internal biliary fistula: Coexisting cholecystogastric and cholecystoduodenal fistula. Case Rep Surg. 2016;2016:5108471.
6. Lee Sb, Ryu Kh, Ryu Jk, et al. Acute acalculous cholecystitis associated with cholecystoduodenal fistula and duodenal bleeding. A case report. Korean J Intern Med. 2003;18:109---14.
7. Dadzan E, Akhondi H. Choledochoduodenal fistula presenting with pneumobilia in a patient with gallbladder cancer: A case report. J Med Case Rep. 2012;6:61.
8. Conde LM, Tavares PM, Quintes JL, et al. Laparoscopic management of cholecystocolic fistula. Arq Bras Cir Dig. 2014;27:285---7.



9. Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Sharma A, et al. Laparoscopic management of cholecystoenteric fistulas. J Laparoendos Adv Surg Tech A. 2006;16:467---72.
10. Savvidou S, Goulis J, Gantzarou A, et al. Pneumobilia, chronic diarrhea, vitamin K malabsorption: a pathognomonic triad for cholecystocolonic fistulas. World J Gastroenterol. 2009;15:4077---82.
11. Wang WK, Yeh CN, Jan YY. Successful laparoscopic management for cholecystoenteric fistula. World J Gastroenterol. 2006;12:772
12. Chart NK . Revista de gastroenterología de México. Fistula bilioenterica.2022;15 <https://www.revistagastroenterologiamexico>
13. Chacón JLR. Mediographic. 2020;24. <http://www.mediographic.com>
14. Avilez Arias JM. Fistula colecistoenterica. Asociación Andaluza de cirujanos. <http://www.asacirujanos.com>
15. Aguilar Espinosa F. Revista de ciencias. 2021;18 <http://www.sciencedirect.com>
- 16.- M Ortiz. Revista Cielo. 2012;11 <http://www.scielo.iscii.es>