

# Fístula colecistocólica espontánea

Dres. Gonzalo Estapé, Francisco Di Leoni y Juan A. Pisano

Los autores analizan un caso de fístula colecisto-cólica resuelto quirúrgicamente con el cierre del cofon en dos planos, colecistectomía y coledocostomía, con excelente evolución postoperatoria. En base a la observación presentada se realizan consideraciones clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Gallbladder diseases / Complications.

El motivo de exponer este caso, radica en su baja frecuencia y en la forma original de presentación.

## OBSERVACION CLINICA

Hace cuatro meses: diarreas líquidas color verde, fétidas, resistentes al tratamiento. Dolor en H.D. que calman con la expulsión de materias. Irradiado a FID. Adelgazamiento de 15 kilos en dos meses.

Hace 15 días: expulsión por vía natural de un voluminoso cálculo de 6 por 4 cm.

Antecedentes personales: hipertensa, diabética, reacciones serológicas positivas. Antecedente de cólico hepático hace 10 años en cuya oportunidad se le manifiesta ser portadora de una litiasis vesicular.

Examen: Paciente obesa, adelgazada, con hepatomegalia de dos traveses de dedo del reborde costal, sin otros elementos a destacar.

## PARACLINICA

Radiografía simple de hipocondrio derecho: aerobilia evidente. Colecistografía: visualización de una imagen gaseosa correspondiente a una aerobilia. En zona de proyección vesicular existe una imagen débilmente teñida, de aspecto moteado. Gastroduodeno: Moderados signos inflamatorios a nivel del bulbo duodenal y del sector supravateriano de D2; sin otros elementos patológicos. Esófago normal. En los enfoques y estudios radioscópicos no se logró visualizar pasaje de contraste a la vía biliar. Colon por enema: Fístula colecistocolónica, observándose un colédoco dilatado con relleno inhomogéneo a expensas de imágenes radiolú-

*Clínica Quirúrgica "A" (Prof. Roberto Rubio). Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo.*

cidas situadas en su proyección. El resto del colon no presenta alteraciones.

Exámenes de valoración general: Glicemia: 1,45 VDRL +. —Rx. tórax: aorta algo engrosada. ECG: trastornos en la repolarización. El resto de los estudios realizados estuvieron dentro de valores normales.

Operación: Realizada la incisión la exploración abdominal mostró un hígado aumentado de tamaño con aspecto graso, firmes adherencias entre colon, epiplón, hígado y especialmente con la zona vesicular. Vesícula escleroatrófica, colédoco muy dilatado.

Se realiza disección de las adherencias y apertura del colon contra la vesícula, con cierre posterior en dos planos.

Coledocotomía transversa que da salida a abundante gas, cálculos y materias fecales. Pared coledociana gruesa con un diámetro de 25 mm.

La colangiografía no mostró pasaje al duodeno. Coledocoduodenostomía en un plano. Colecistectomía.

Anatomía patológica: Mostró una colecistitis crónica hipertrófica con focos de adenomiosis y restos de trayecto fistuloso en pared cólica.

## DISCUSION

La estadística del Hospital de Clínicas hasta el año 1972 muestra 12 fístulas colecistocolónicas en un total de 112 fístulas biliodigestivas, lo que hace un promedio del 10,7 % (7).

En las estadísticas de los autores extranjeros los hallazgos son variables: desde un 9,5 % para Cernich (2), 12 % para Medina (5) hasta un 14 % para Porter (6). Corrao obtiene un hallazgo del 40 % (1, 3).

Con respecto a la etiología en la estadística mencionada del Hospital de Clínicas (7) la causa litiásica correspondió al 98,2 %, cifra en concordancia con las de los autores extranjeros.

En el caso presentado la etiología fue litiásica, ya que el colon no presentaba ninguna patología y sí había antecedentes biliares en la paciente.

El elemento de mayor interés en la historia clínica lo constituye la forma de presentación, ya que la enferma expulsó por vía natural un voluminoso cálculo de 6 por 4 cm, precedido y seguido este episodio por diarreas biliosas hasta el día de su internación.

Presentado en la Sociedad de Cirugía el 10 de noviembre de 1976.

Profesor Adjunto de Clínica Quirúrgica, Residente de Cirugía, Médico Colaborador. Fac. Med. Montevideo. Dirección: Blanca del Tabaré 2950 (Dr. G. Estapé).

El valor del material radiográfico presentado, nos exime de todo comentario.

El tratamiento realizado actuó sobre los dos polos, biliar e intestinal, optándose por lacoledocoduodenostomía a causa de la importante dilatación del colédoco y los numerosos cálculos y materias fecales que contenía en su interior.

La evolución fue excelente, no presentando ninguna sintomatología de angiolitias a pesar de que las materias transitaban por la vesícula y el hepatocolédoco.

## RESUME

### Fistule cholecysto-colique spontanee.

Les auteurs analysent un cas de fistule cholécystocolique traitée chirurgicalement par la fermeture du colon sur deux plans, cholécystectomie et cholédocostomie, avec une excellente évolution post-opératoire.

Sur la base de cette observation, ils formulent des considérations cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

## SUMMARY

### Spontaneous cholecysto-colic fistula.

A case of cholecysto-colic fistula was treated surgically by closing the colon in two planes, cholecystectomy and choledocostomy, with excellent postoperative evolution. Clinical aspects, diagnosis and therapy are discussed.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALBA E. Fistulas biliodigestivas espontáneas y sus complicaciones. *Cir Urug*, 42: 304, 1972.
2. CERNICH C y CIMINO C. Fistulas biliares internas espontáneas. *Prensa Méd Argent*, 52: 1838, 1965.
3. CORRAO F, LOYUDICE F y PIZZO M. Fistulas biliodigestivas espontáneas. *Prensa Méd. Argent*, 48: 1307, 1961.
4. CHIZZOLA M. Tesis de doctorado (inérita). Montevideo, 1959.
5. MEDINA E, CIMINO C, PUPPO C y COVARO A. Fistulas biliodigestivas. *Prensa Méd Argent*, 56: 1015, 1969.
6. PORTER JM, MULLEN D and SILVER D. Spontaneous biliary enteric fistulas. *Surgery*, 68: 597, 1970.
7. PORTOS R. Fistulas biliodigestivas. Análisis estadístico. *Cir Urug*, 42: 339, 1972.