



P-133 - FISTULA COLECISTODIGESTIVA: UN MISMO ORIGEN PARA DOS COMPLICACIONES DIFERENTES

Gotor Santos, Tania; Santamaria Revuelta, Cristina; Martínez Rodríguez, Marisa; Sánchez-Brunete Medina, Valle; Calvo García, Haydee; Alcoba García, Luis Miguel; Gavilanes Calvo, Carlos; Canga Presa, Jose María

Complejo Asistencial de León, León.

Resumen

Introducción: La colecistitis aguda litiásica es una inflamación de la pared de la vesícula biliar que se produce por un drenaje inadecuado de la bilis por la presencia de cálculos impactados a nivel del saco de Hartmann o el conducto cístico. Una de las complicaciones poco frecuentes y tardía de esta patología es la fistula bilioentérica cuyo trayecto fistuloso más común es el colecistoduodenal, con una frecuencia entre el 77-90%. Se establece una fístula por la evolución de la compresión de un gran cálculo que erosiona la pared vesicular y la del duodeno favoreciendo el paso del cálculo a la vía entérica pudiendo originar cuadros de carácter obstructivo como son el íleo biliar o el síndrome de Bouveret. Cuando el cálculo migra y se impacta en el íleon termina se denomina íleo biliar, cuando por el contrario el impacto es a nivel del bulbo duodenal se denomina síndrome Bouveret. En ambos, es característica la aerobilia y el tratamiento de elección es quirúrgico.

Casos clínicos: Caso 1. Paciente, 94 años, con antecedentes de ictus isquémico y obstrucción intestinal derivada a urgencias por vómitos de repetición y estreñimiento de 48 horas de evolución. A la exploración la paciente no presenta náuseas, vómitos, dolor abdominal ni fiebre. En la analítica destaca leucocitosis. La paciente presenta dilatación de asas de ID en radiografía y en TAC se objetiva cálculo obstructivo en íleon. Se interviene realizando enterotomía y extracción del cálculo. Caso 2. Paciente de 52 años con obesidad, que acude a urgencias por dolor abdominal de semanas de evolución que se acompaña de epigastralgia y sensación de plenitud tras las comidas. En las últimas horas presenta vómitos biliosos. Se realiza gastroscopia de urgencia que muestra impactación de litiasis en zona post-pilórica. Se solicita TAC de urgencia donde se evidencia fístula vesiculoduodenal con imagen litiásica en bulbo duodenal, diagnosticándose síndrome de Bouveret. Se realiza piloroduodenotomía y extracción del cálculo. Tras esta intervención la paciente tiene que ser rentervenida por una fístula en la zona de la sutura realizando una tutorización de la fístula y gastroyeyunostomía en Y de Roux.

Discusión: La fístula bilioentérica es una complicación infrecuente de la colelitiasis, con una incidencia entre 0,15-8% y cuyo trayecto más frecuente es el colecistoduodenal. Los cuadros de carácter obstructivo más frecuentes de esta patología son el íleo biliar y el síndrome de Bouveret, ambos de difícil diagnóstico por la clínica inespecífica que presentan. El tratamiento principal es quirúrgico aunque siempre hay que individualizarlo según el paciente. El tratamiento del episodio agudo consiste en solucionar la oclusión sin realizar maniobras quirúrgicas sobre la fístula

colecistodigestiva.