



## P-218 - FÍSTULA COLECISTODUODENAL COMO CAUSA INFRECUENTE DE HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA

López Rodríguez-Arias, Francisco<sup>1</sup>; Paredes Quiles, Miriam<sup>1</sup>; García Zamora, Cristina<sup>2</sup>; Aranaz Ostariz, Verónica<sup>3</sup>; Montoya Tabares, Mariano Jaime<sup>1</sup>; Alonso Roque, Jorge Guillermo<sup>1</sup>; García Abril, Eduardo<sup>1</sup>; Sánchez de la Villa, Ginés<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Dr. Rafael Méndez, Lorca; <sup>2</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>3</sup>Hospital Universitario de San Cecilio, Granada.

### Resumen

**Introducción:** La fístula colecistoduodenal es una complicación infrecuente de la colelitiasis, apareciendo en menos del 2% de los casos. Su incidencia se encuentra en descenso desde el inicio del tratamiento quirúrgico precoz de la colelitiasis sintomática. La fístula colecistoduodenal se desarrolla tras episodios repetidos de colecistitis y habitualmente es asintomática, siendo un hallazgo quirúrgico incidental durante la colecistectomía. En situaciones aún más excepcionales, las fístulas colecistoduodenales pueden ser las causantes de una hemorragia digestiva y hemocolecisto, no encontrando una incidencia clara en la literatura.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 72 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresa en el Servicio de Digestivo por un cuadro de dolor abdominal localizado en epigástrico e irradiado hacia hipocondrio derecho de 24 horas de evolución acompañado de hematemesis. En la exploración física el paciente se encuentra hemodinámicamente estable y sin signos de irritación peritoneal. Se realiza una endoscopia digestiva alta urgente hallando en la segunda porción duodenal una lesión sobreelevada hemorrágica de aspecto angiodisplásico. Se procede a esclerosar la lesión con adrenalina diluida no siendo efectiva. Se decide realizar una TC abdominal con contraste intravenoso que informa de colelitiasis con engrosamiento de la pared vesicular de 2 cm. Su porción medial se encuentra en íntimo contacto con el bulbo duodenal, asimismo engrosado. En la fase arterial se observa una imagen sacular de 0,8 cm en vesícula biliar sugestiva de pseudoaneurisma de la arteria cística. Tras cinco días de ingreso con tratamiento médico el paciente sufre una nueva recidiva de la hematemesis que provoca compromiso hemodinámico, necesitando transfusión de dos concentrados de hematíes. Se repite la endoscopia digestiva alta intentando hemostasiar con esclerosis y hemoclips la lesión sin obtener resultado. En estos momentos se realiza una consulta a cirugía de guardia. Ante el fracaso del manejo endoscópico y la inestabilidad hemodinámica del paciente, se decide realizar una laparotomía exploradora urgente hallando una colecistitis crónica con una fístula colecistoduodenal que provoca un hemocolecisto por hemorragia del trayecto fistuloso. Se realiza colecistectomía y cierre primario del defecto duodenal consiguiendo así una correcta hemostasia. El paciente evoluciona de forma satisfactoria siendo dado de alta al octavo día postoperatorio. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica confirmó la presencia de una colecistitis crónica.

**Discusión:** El diagnóstico de la fístula colecistoduodenal es difícil en ausencia de una sospecha clínica clara. La neumobilia en una TC o una radiografía simple de abdomen nos debe alertar de la posible presencia de una fístula biliodigestiva debiendo confirmarse, si la situación clínica del paciente lo permite, con la realización de una colangioRMN. Finalmente, el tratamiento de elección consiste en la realización de una colecistectomía y un cierre primario del defecto duodenal.