

<b>Caso</b>	(473) Fístula colédoco-duodenal como causa de colangitis de repetición
<b>Autores</b>	Santiago Ibañez Caturla, Ignacio Baltasar Gimenez De Haro, Celia Marín Pérez, María Jesús Fernández Ferrando, Begoña Márquez Argente Del Castillo, María Luisa Masó Navarro
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 68 años que acude a urgencias por diarrea, fiebre y dolor abdominal. Como antecedentes personales está colecistectomizada y en seguimiento por digestivo por episodios recurrentes de colangitis, con realización de CPRE.

A la exploración física presenta febrícula (37.7°C), con dolor a la palpación en hipocondrio derecho y aumento de reactantes inflamatorios (leucocitosis 12630 a expensas de neutrófilos, PCR 7.4 mg/dL y procalcitonina 4.08 ng/mL), sin aumento de la bilirrubina ni de transaminasas.

Ante el aumento de reactantes de fase aguda, se realiza una ecografía abdominal, que muestra moderada dilatación de radicales biliares intra y extrahepáticos con neumobilia. Se completa estudio con TC abdominal, que visualiza el colédoco medio desembocando en la segunda porción duodenal (con un área de disrupción parietal de 3.5 mm), de donde parte el colédoco distal para desembocar en la papila mayor (sin dilatación ni otras alteraciones).

Estos hallazgos eran compatibles con fístula colédoco-duodenal, y justifican la presencia de colangitis de repetición.

El cuadro clínico se limitó rápidamente tras el inicio de la antibioterapia, con descenso de reactantes de fase aguda.

## DISCUSIÓN

Las fístulas colédocoduodenales son un tipo de fístula bilioentérica, que consiste en una comunicación anormal entre el árbol biliar y el tracto gastrointestinal (en este caso, entre el colédoco y el duodeno).

Son infrecuentes, suele producirse en pacientes de edad avanzada (generalmente mayores de 60 años), y suelen atribuirse a una complicación de una litiasis vesicular no tratada. Su incidencia en pacientes con colelitiasis es de entre un 0.15 y un 8% y, aunque su forma de presentación más frecuente es como fístula colecistoduodenal (77-90%), también está descrita la fístula coledocoduodenal (5%).

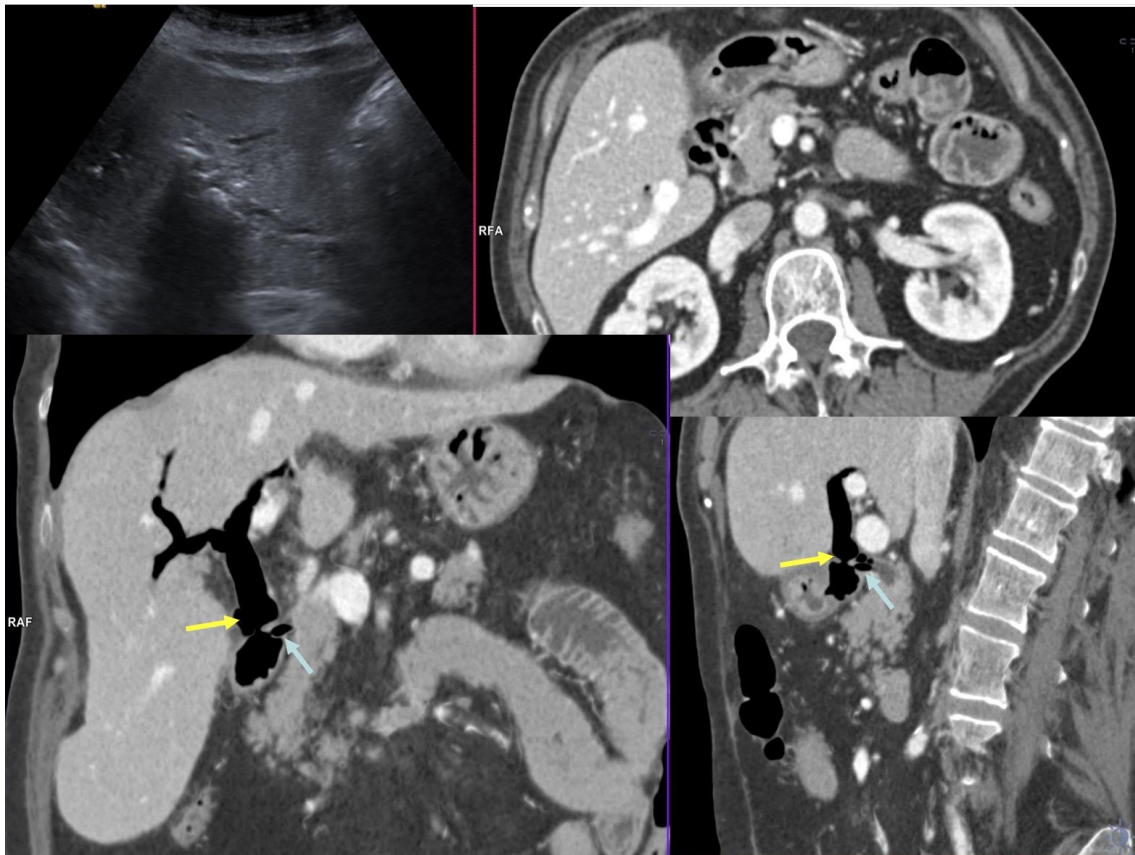
Generalmente la formación es debida al impacto de la litiasis sobre la pared, con aparición de un proceso inflamatorio que necrosa la misma y condiciona la formación de la fístula.

Suelen dividirse en dos tipos de presentación clínica: las de tipo no obstructivo, que producen colangitis recurrente y pérdida de peso, y las de tipo obstructivo, que condicionan obstrucción litiásica con íleo biliar o síndrome de Bouveret.

El tratamiento generalmente consiste en colecistectomía, disección de las adherencias inflamatorias y resección de la fístula, aunque en algunos casos se ha descrito el abordaje laparoscópico como exitoso.

## CONCLUSIÓN

Debemos tener en cuenta la fístula bilioentérica en el diagnóstico diferencial de pacientes colecistectomizados con síntomas de colangitis de repetición.



*a) Ecografía que muestra dilatación del colédoco y neumobilia B) Imagen axial que muestra desembocadura del colédoco distal que procede de la segunda porción duodenal. C) Reconstrucciones MPR coronal y D) MPR sagital que muestran fístula coledocoduodenal con colédoco aferente (flecha amarilla) y eferente (flecha azul)*

## BIBLIOGRAFÍA

Aguilar-Espinosa F, Maza-Sánchez R, Vargas-Solís F, Guerrero-Martínez G. Fístula colecistoduodenal, complicación infrecuente de litiasis vesicular: nuestra experiencia en su manejo quirúrgico. Rev Gastr Mex. 2017;82;287-295. 10.1016/j.rgm.2016.10.010

Marsdin E, Kreckler S, Alzein A, D'Costa H. Choledochal-duodenal fistula presenting as an upper GI bleed. BMJ Case Reports. 2011; 2011: 10.1136/bcr.05.2011.4275