

IMAGEN DEL MES

ABSCESO HEPÁTICO COMO FORMA ATÍPICA DE PRESENTACIÓN DE LA FÍSTULA COLECISTODUODENAL

Gustavo Stork*, Guillermo Pizzorno**, Silvana Piusi**, Aldo Cabo*,
Corina Lamponi***, Jorge Milstein****

DEL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL, HOSPITAL MUNICIPAL DE AGUDOS "DR. LEÓNIDAS LUCERO",
BAHÍA BLANCA, PROV. DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

Las fistulas biliares internas son complicaciones poco frecuentes de la patología biliar (0,5-4,8%). Su etiología más frecuente es la litiasis vesicular (90%), seguida por la úlcera péptica (6%), siendo más difícil hallarlas en relación con cirugías y patologías malignas o congénitas⁴. La fistula colecistoduodenal es la más común, con una incidencia del 1,2% y del 50 al 70% del total de fistulas vesiculares, seguida por las colecistocolónicas (15 al 30%), y las colecistogástricas⁴.

El diagnóstico preoperatorio es poco frecuente, la tomografía o ecografía abdominal generan la sospecha diagnóstica cuando se detecta neumobilia con vesícula atrófica y adherida a los órganos vecinos. La CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica) es el método diagnóstico más valioso para revelar la comunicación².

La presentación clínica típica de las fistulas colecistoduodenales es dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos y síndrome coledociano. Existen formas atípicas de presentación, como la hemorragia digestiva alta, el síndrome de Bouveret y el íleo biliar.

El objetivo de este documento es informar un caso de absceso hepático como forma inusual de presentación de la fistula colecistoduodenal.

CASO CLÍNICO

Varón de 66 años de edad, que se presenta con astenia, adinamia, hiporexia y artralgias de 1 mes de evolución. Agrega en los últimos 7 días, fiebre, vómitos y dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, asociado a ictericia y coluria. Se estudia con TC de abdomen hallándose absceso hepático en segmentos V (paravesicular) y VIII. (Foto 1). Se realiza drenaje percutáneo, obteniendo material purulento que enviado a cultivo informa *Streptococcus viridans*.

En control con TC se evidencia imagen de absceso residual, por lo que se decide reposicionar el catéter. Se administró contraste por catéter apreciando comunicación entre cavidad del absceso y vesícula biliar litiasica, como pasaje de contraste hacia duodeno en relación a fistula colecistoduodenal (Foto 2).

Se reposiciona el catéter dentro de la cavidad del absceso. Evolución favorable; se retiró el drenaje a los 20 días de su colocación. A los 3 meses se realizó colecistectomía videolaparoscópica, hallando vesícula escleroatrófica. Se separó la unión entre la vesícula y el duodeno, realizándose prueba hidráulica a presión, sin mostrar filtración duodenal. Presentó buena evolución posoperatoria con alta a las 48 h, encontrándose asintomático a los 24 meses de seguimiento.

DISCUSIÓN

La fistula colecistoduodenal es una complicación de baja frecuencia en la patología biliar, otros orígenes pueden ser la úlcera perforada, anastomosis quirúrgica o carcinoma vesicular (10% de los casos).

Recibido el 08 de marzo de 2010

Aceptado el 10 de mayo de 2010

Correspondencia a: Dr. Gustavo Stork, Teléfono (0291) 154129494. e-mail: gustavostork@gmail.com

*Médico de planta

**Médico Residente de Cirugía General

***Estudiante de Medicina, UNS

****Jefe del Servicio de Cirugía General

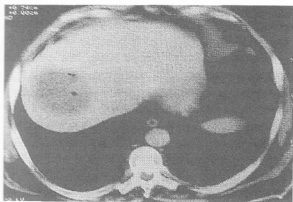


FOTO 1

Absceso hepático segmento VIII con aire en su interior

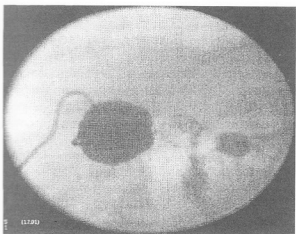


FOTO 2

Cavidad del absceso con comunicación a vesícula y fístula colecistoduodenal

La forma de presentación clásica es el dolor abdominal, fiebre, náuseas, vómitos y síndrome coledociano, o bien puede ser asintomática. Sin embargo, existen presentaciones poco habituales como lo son la hemorragia digestiva alta, síndrome de Bouveret, íleo biliar. Otra forma de presentación atípica de las fístulas biliodigestivas es el absceso hepático. Este se presenta principalmente asociado a fístulas colecistocolónicas, siendo casi inexistentes los informes de abscesos como manifestación de una fístula colecistoduodenal^{1, 3, 5}.

El paciente aquí informado, presentó la clínica habitual del absceso hepático, con astenia, adina-

mia, artralgia, hiporexia, fiebre y vómitos. Se realizó el diagnóstico y se trató de forma mínimamente invasiva por vía percutánea guiada por imágenes. A pesar de la sospecha de su origen, la ausencia de síntomas o signos sugerentes de fístula colecistoduodenal no permitió su detección, hasta ser hallada inesperadamente en la cavitografía.

Esta comunicación entre la vesícula y el duodeno es de difícil diagnóstico, más aún si es asintomática o si se presenta de manera atípica, casos donde los métodos complementarios colaboran en el diagnóstico. En general, el hallazgo de aerobilia en la ecografía o en la tomografía es sugerente de comunicación fistulosa. Otra alternativa es la realización de una CPRE, que demostrará la filtración del medio de contraste hacia el órgano con el que existe la fístula. la gammagrafía hepática es un estudio no invasivo y brinda información completa sobre el flujo biliar a través de la vesícula, el hígado, la vía biliar y el intestino².

En nuestro caso, como ya fue mencionado, el tratamiento mínimamente invasivo del absceso en forma percutánea y el control posterior con cavitografía, condujeron a la detección de la fístula. Por este motivo, ante la ausencia de síntomas biliares, se deben considerar a investigar otros etiologías poco prevalentes, como lo es la fístula colecistoduodenal, que de otra manera no podrá ser diagnosticada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Blachar A, Brancatelli G, Peterson MS. *Cholecystoduodenal Fistula Presenting as Multiple Hepatic Lesions in a Patient with Pneumobilia*. IMAJ 2003; 5: 143-144.
2. Yamashita H, Chijiwa K, Ogawa Y, Kuroki S, Tanaka M. *The Internal Biliary Fistula-Reappraisal of Incidence, Type, Diagnosis and Management of 33 Consecutive Cases*. HPB Surgery, 1997; 10: 143-147.
3. Stamou K.M., Kekis P.B. and Glynatsis M. *Gallbladder-duodenal fistula presenting with liver abscess and upper gastrointestinal bleeding*. HPB, 2006; 8: 69-70.
4. Oxdemir M, Atli Y, Coskun T, Ozenc A, Hersek E. *Biliary enteric fistulas*. int Surg 1997; 82: 280-283.
5. Chong Vit, Lim KS, Varkey Vallickad M. *Spontaneous gallbladder perforation, pericholecystic abscess and cholecystoduodenal fistula as the first manifestations of gallstone disease*. Hepatobiliary Pancreat Dis Int, Vol 8, 2009; 8 (2): 324-327.