



UNIVERSIDAD DE CHILE

# Tratamiento de la Fístula Colecisto-Gástrica

**INTERNO: MANUEL ALBORNOZ MIRANDA**

**PROF. DR. HUMBERTO FLISFISCH FERNANDEZ**

**DEPTO. DE CIRUGIA SUR**

**FACULTAD DE MEDICINA UNIVERSIDAD DE CHILE**

## **ABSTRACT.**

La fístula colecisto-gástrica es una complicación infrecuente de la colecistolitiasis y la colecistitis crónica, que se caracteriza por la formación de una comunicación patológica entre la vesícula biliar y el estómago. A menudo se presenta con síntomas inespecíficos, que dificultan el diagnóstico preoperatorio, aunque puede debutar como una obstrucción gástrica, el denominado "Síndrome de Bouveret". El tratamiento de la fístula colecisto-gástrica estándar es quirúrgico, generalmente con colecistectomía y el cierre de la pared gástrica. La cirugía abierta fue el enfoque tradicional, pero las técnicas laparoscópicas se utilizan cada vez más debido a su naturaleza mínimamente invasiva, aunque pueden requerir conversión a cirugía abierta en casos complejos. En pacientes con alto riesgo quirúrgico, el manejo endoscópico se presenta como una alternativa viable, aunque con desafíos propios, como la migración de stents o infecciones recurrentes. La decisión de realizar la cirugía en un solo tiempo o en varias etapas depende del estado clínico del paciente y de la complejidad del caso. Un manejo multidisciplinario es esencial para garantizar el éxito del tratamiento y minimizar las complicaciones, adaptando la estrategia terapéutica a las necesidades específicas de cada paciente.

## **INTRODUCCIÓN.**

La fístula colecisto-gástrica es una comunicación patológica entre la vesícula biliar y el estómago, representando una complicación infrecuente pero potencialmente grave de la colecistolitiasis y la colecistitis crónica. Este tipo de fístula es una forma de fístula biliodigestiva. Las fístulas biliodigestivas se producen hasta en el 3-5% de los pacientes con cálculos biliares [1], siendo el duodeno el lugar más frecuente de fistulación, (77-90%), seguido de la fístula colecisto-colónica (8-26,5%), colédoco-duodenal (5%) y colecisto-gástrica (2%). La incidencia de la fístula colecisto-gástrica se estima en aproximadamente un 1-2% de los pacientes con litiasis vesicular [2,3].

La patogénesis de la fístula colecisto-gástrica se explica por un proceso que surge de la erosión progresiva de la pared de la vesícula biliar causada por la inflamación crónica y la presión generada por los cálculos biliares, lo que favorece una erosión de la pared. Este proceso inflamatorio crónico conduce a la formación de adherencias entre la vesícula biliar y el estómago, derivando en la generación de un trayecto fistuloso [4].

La presencia de una fístula puede causar una variedad de síntomas, que van desde dolor abdominal inespecífico hasta complicaciones graves como el íleo biliar o el síndrome de Bouveret, entidad clínica en la que los cálculos biliares impactados en el estómago causan obstrucción gástrica. El síndrome de Bouveret se presenta más frecuentemente en mujeres, con un peak de incidencia entre la séptima y octava década de la vida. Si bien la fístula colecisto-gástrica sigue siendo una entidad clínica poco frecuente, debe ser considerado un diagnóstico diferencial en pacientes de edad avanzada con dolor abdominal crónico, especialmente en pacientes con antecedente de colecistolitiasis documentada. [4,5].

El diagnóstico de la fístula colecisto-gástrica es complejo e incluso es posible que su confirmación sea en el intraoperatorio, dado que los métodos de imagen convencionales, como la ecografía abdominal y la tomografía computarizada de abdomen, pueden no ser concluyentes en todos los

casos [5], a pesar de lo anterior, la tomografía computarizada abdominal con signos de vesícula biliar con pared engrosada y neumobilia puede sugerir el diagnóstico.

## **MATERIAL Y METODOS**

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos originales, series de casos, y reporte de caso, en los motores de búsqueda: PubMed, Google Scholar, Science Direct y Springer utilizando los términos: "cholecystogastric fistula" AND "management" OR "treatment". Se encontraron un total de 20 artículos, de los cuales fueron seleccionados 9 en base a la antigüedad (año 2000 en adelante) y abstract. Para la redacción se privilegiaron artículos de antigüedad no superior a 5 años. No se encontró ninguna revisión Cochrane o estudios aleatorizados randomizados.

## **RESULTADOS**

El tratamiento de la fístula colecisto-gástrica tiene como pilar fundamental la realización de la colecistectomía. Tradicionalmente, el abordaje de esta patología se realizaba por medio de la colecistectomía abierta, que ciertos equipos prefieren hasta la actualidad para una mejor capacidad de disección de los tejidos en el contexto de intensas adherencias e inflamación que estos casos suelen presentar [5]. En los últimos años, la colecistectomía laparoscópica se ha instaurado como una alternativa menos invasiva frente a la cirugía abierta. Este enfoque ofrece ventajas como una disminución del tiempo de hospitalización y menos dolor postoperatorio. Sin embargo, la laparoscopia presenta desafíos técnicos, particularmente en casos con inflamación severa y adherencias densas en el área del triángulo de Calot, lo que puede requerir la conversión a una cirugía abierta [5,6]. A pesar de estos desafíos, en centros con experiencia, la laparoscopia ha demostrado ser una opción viable y segura en muchos pacientes con tasas de conversión  $\leq 6\%$  [7].

El manejo endoscópico ha surgido como una alternativa importante, especialmente en pacientes que no son buenos candidatos para la cirugía debido a comorbilidades o alto riesgo quirúrgico. El tratamiento endoscópico de las fístulas colecisto-gástricas puede incluir la colocación de stents para asegurar un drenaje adecuado. Este enfoque es menos invasivo y puede estabilizar a los pacientes críticos, proporcionando tiempo para considerar una intervención quirúrgica posterior si es necesario [3,8].

La colocación de stents en el manejo de las fístulas colecisto-gástricas, aunque efectiva, presenta sus propios desafíos. Los stents pueden migrar o tener riesgo de infección recurrente, lo que requiere un seguimiento cercano y, en algunos casos, procedimientos adicionales para ajustar o reemplazar los dispositivos de drenaje [9].

En cuanto a la elección entre una cirugía en uno o dos tiempos, sigue siendo un tema de debate. La operación en dos fases incluye la transección de la fístula y la reparación en la primera operación, seguida de colecistectomía, mientras que la operación en una fase incluye la realización de ambas intervenciones en la misma instancia [2]. El enfoque en un solo tiempo, es preferido en algunos casos para evitar múltiples intervenciones. Tras la cirugía, está indicado el uso de sonda nasoyeyunal para el inicio de nutrición enteral. Por otro lado, en pacientes con inflamación severa o condiciones clínicas complejas, un enfoque en dos tiempos, puede ser más seguro y efectivo [5].

## **DISCUSION**

La experiencia y la especialización del equipo quirúrgico son factores cruciales en el manejo exitoso de estas fístulas. La elección entre un abordaje laparoscópico o abierto, así como la decisión de realizar la reparación en uno o dos tiempos, debe basarse en una evaluación integral del estado clínico del paciente, las características específicas de la fístula, y la experiencia del equipo quirúrgico. Esto asegura que se minimicen las complicaciones y se maximicen los resultados positivos para el paciente [5,9].

Es esencial un enfoque multidisciplinario en el tratamiento de la fístula colecisto-gástrica. Este enfoque colaborativo permite un manejo más efectivo de los casos complejos y ayuda a optimizar los resultados postoperatorios. La evaluación preoperatoria detallada y la planificación quirúrgica personalizada son esenciales para reducir el riesgo de complicaciones graves[2].

## **CONCLUSION:**

El manejo de la fístula colecisto-gástrica requiere una evaluación cuidadosa del estado clínico del paciente y de los recursos disponibles. La decisión entre un abordaje quirúrgico versus uno endoscópico debe basarse en factores como la extensión de la inflamación, la condición general del paciente y la experiencia del equipo quirúrgico. Aunque la cirugía sigue siendo el tratamiento estándar, los avances en técnicas endoscópicas han ampliado las opciones de tratamiento, permitiendo un manejo menos invasivo en casos seleccionados. La literatura sugiere que la elección del tratamiento debe ser individualizada, considerando tanto las características de la fístula como las condiciones específicas del paciente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Angrisani L, Corcione F, Tartaglia A, Tricarico A, Rendano F, Vincenti R, et al. Cholecystoenteric fistula (CF) is not a contraindication for laparoscopic surgery, *Surg Endosc*, 2001, vol. 15 (pg. 1038-41).
2. Bhandari B, Sharma SC, Pokharel B, Suwal B, Pahari B. Cholecystogastric Fistula, A rare form of Cholecystoenteric Fistula: A Case Report. *Genesis J Surg Med* 2024, 3(1):1-5.
3. Baños-Madrid R, Salama-Benarroch H, Olmos-Brieba E, Carballo-Álvarez F. Diagnóstico endoscópico de una fístula colecistogástrica. *Acta Méd Costarric*. 2007; 49(3):161-2.
4. Rey Chaves CE, Villamil CJ, Ruiz S, Galvis V, Conde D, Sabogal Olarte JC. Cholecystogastric fistula in Bouveret syndrome: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep*. 2022; 93:106918.
5. Aamery A, Pujji O, Mirza M. Operative management of cholecystogastric fistula: case report and literature review. *J Surg Case Rep*. 2019; 11:1-2.
6. Nuzzo G, Giuliani F, Tebala GD, Vellone M. Laparoscopic management of cholecystogastric fistula. *Endoscopy*. 2001; 29(3):226-228.
7. Rodríguez J, Grossi AE, Siqueira VR, de Siqueira Filho JT, Pereira M, da Cunha D. Gallstone ileus associated with cholecystogastric fistula: case report, diagnosis, and surgical treatment. *Int J Surg Case Rep*. 2021; 86: 106328.
8. McKenzie P, Adler DG. Spontaneous cholecystogastric fistula treated endoscopically. *Gastrointest Endosc*. 2020. doi:10.1016/j.gie.2020.06.043.
9. Ayala-Hernández SG, López-Loredo JA, Peña-Portillo GK, Marín-Pardo EI, Pérez-Torres GC. Cholecystogastric fistula: A case report. *Cir Gen*. 2023; 45(1):47-50.