

# Fístula colecistocolónica como complicación de cáncer de vesícula avanzado

*Cholecystocolonic fistula as a complication of advanced gallbladder cancer*

*Fístula colecistocolônica como complicação de câncer de vesícula biliar avançado*

Rodrigo Antonio Gasque<sup>1</sup>, Lourdes Mollard<sup>1</sup>, José G. Cervantes<sup>1</sup>, Marcelo E. Lenz Virreira<sup>1</sup>, Emilio G. Quiñonez<sup>1</sup>, Francisco J. Mattered<sup>1</sup>

Con este caso de imágenes en medicina y biología los autores pretenden mostrar lo principales hallazgos imagenológicos y describir las principales características clínicas que se presentan en un caso raro de fístula colecistocolónica como complicación de un cáncer de vesícula avanzado.

## Conceptos clave:

La fístula colecistocolónica (FCC) es una complicación tardía de la litiasis vesicular. La tríada clásica de síntomas incluye diarrea (debido al efecto laxante de los ácidos biliares volcados directamente en el colon), dolor en hipocondrio derecho y colangitis. La incidencia de FCC causada por cáncer de vesícula biliar comprende el 1,7 % de los casos debiendo estar presente siempre dentro de los posibles diagnósticos diferenciales.

1- Unidad de Cirugía hepatobiliar compleja, pancreática y trasplante hepático, Hospital de Alta Complejidad en Red "El Cruce", Florencio Varela, Buenos Aires, Argentina. Email de contacto: [rgasque@outlook.com](mailto:rgasque@outlook.com)

Recibido: 2022-04-16 Aceptado: 2022-05-10

DOI: <http://dx.doi.org/10.31053/1853.0605.v79.n3.37351>



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

© Universidad Nacional de Córdoba

## Resumen:

La fístula colecistocolónica (FCC) es la segunda fístula colecistoentérica más común, asociada en la mayoría de los casos a enfermedad litíásica. Los síntomas suelen ser mínimos o inespecíficos, siendo infrecuente su diagnóstico preoperatorio. Si bien la incidencia de FCC causada por cáncer de vesícula biliar comprende el 1,7 % de los casos, es necesario sospecharla para adoptar la mejor estrategia terapéutica.

*Palabras claves:* neoplasias de la vesícula biliar; fístula biliar; colangitis.

## Abstract:

Cholecystocolonic fistula (CCF) is the second most common cholecystoenteric fistula, associated in most cases with stone disease. Symptoms are usually minimal or nonspecific, and preoperative diagnosis is uncommon. Although the incidence of FCC caused by gallbladder cancer comprises 1.7% of cases, it is necessary to suspect it in order to adopt the best therapeutic strategy.

*Keywords:* gallbladder neoplasms; biliary fistula; cholangitis.

## Resumo:

A fístula colecistocolônica (FCC) é a segunda fístula colecistoentérica mais comum, associada na maioria dos casos à litíase. Os sintomas geralmente são mínimos ou inespecíficos, e o diagnóstico pré-operatório é incomum. Embora a incidência de CCF por câncer de vesícula biliar represente 1,7% dos casos, é necessário suspeitar para adotar a melhor estratégia terapêutica.

*Palavras-chave:* neoplasias da vesícula biliar; fístula biliar; colangite.

La fístula colecistocolónica (FCC) es una complicación tardía de la litiasis vesicular. Es el segundo tipo de fístula más frecuente después de la colecistoduodenal representando el 8-25% de las fístulas colecistoentericas, siendo más usual en mujeres (relación 2.47-1) con un promedio de edad de 68.9 años <sup>(1,2)</sup>.

El mecanismo fisiopatológico de la FCC responde a un proceso inflamatorio vesicular crónico asociado a enfermedad litiasica (colecistitis crónica), cirugía previa (gástrica o duodenal, colecistostomias, traumatismos o iatrogénicas) o procesos neoplásicos biliares <sup>(3)</sup>. La incidencia de FCC causada por cáncer de vesícula biliar comprende el 1,7 % de los casos <sup>(3)</sup>.

La sintomatología suele ser mínima e inespecífica, siendo infrecuente su diagnóstico preoperatorio. La tríada clásica de síntomas incluye diarrea (debido al efecto laxante de los ácidos biliares volcados directamente en el colon), dolor en hipocondrio derecho y colangitis. El diagnóstico de la FCC se logra preoperatoriamente en solo el 7,9% de los casos <sup>(1)</sup>. Los métodos diagnósticos más utilizados son la radiografía simple (donde se pueden observar signos indirectos como neumobilia), ecografía abdominal, estudios baritados colónicos, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, colonoscopia, tomografía computarizada (TC), resonancia magnética nuclear y ecoendosonografía <sup>(3,4)</sup>.

Mujer de 64 años sin antecedentes consultó por pérdida de peso no voluntaria desde hace 4 meses acompañada de ictericia, dolor en hipocondrio derecho y fiebre de 7 días de evolución. Trajo a la consulta TC de 2 meses de antigüedad que evidenciaba gran tumoración en topografía de celda vesicular (Fig 1a) infiltrando colon transverso sin plano de clivaje (Fig 1b) y valor de CA 19-9 de 578 U/ml (VN  $\leq 37$ ). En la exploración física destacaba ictericia mucocutánea global y hepatomegalia dolorosa a 6 cm por debajo del reborde costal. Los hallazgos de laboratorio evidenciaron marcada leucocitosis (24.35 K/ul, 88% neutrófilos en cayado), tiempo de protrombina alterado (39%, VN 70-120), albúmina 2.31 g/dL (VN 2.9-4.5), bilirrubinemia total 3.29 mg/dL (VN 0.5-1.1) y aumento de productos nitrogenados en sangre (creatininemia 1.74 mg/dL y uremia 78 mg/dL). La ecografía abdominal reveló extensa masa en hígado, heterogénea, que abarca los segmentos V, VI y VII de 78 x 60 x 52 mm con aerobilia sin lograr visualizar vesícula biliar. Se realizó TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso donde se identificó neoplasia en proyección de la celda vesicular, de contornos irregulares parcialmente definidos, con realce periférico postcontraste endovenoso, presentando contenido heterogéneo en su interior con nivel hidroaéreo (Fig 2 y 4; flechas) y contornos mamelonados en sus paredes internas con desplazamiento posteromedial del ángulo hepático del colon con el cual presenta comunicación (trayecto fistuloso). Se observó además la glándula suprarrenal derecha aumentada de tamaño de aspecto pseudonodular de 37 x 25 mm interpretándose como secundarismo (Fig 3; flecha). Se evidenció implantes omentales y peritoneales, el de mayor tamaño de 22 x 32 mm (Fig 4; punta de flecha)

La paciente evolucionó tórpidamente con rápido deterioro clínico. Debido al estadio avanzado de su enfermedad se decidió conjuntamente con la familia adecuar esfuerzo terapéutico solo realizando medidas de soporte, finalmente falleciendo al 3° día de internación.



Fig. 2

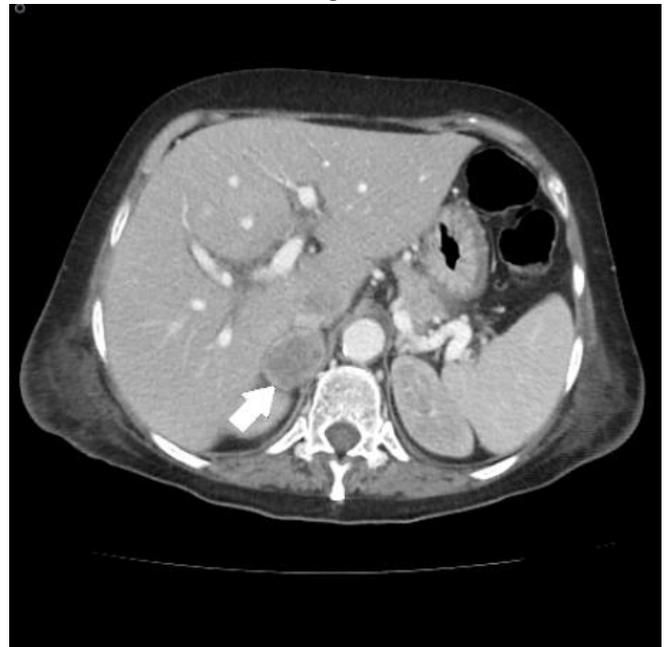


Fig. 3



Fig. 4

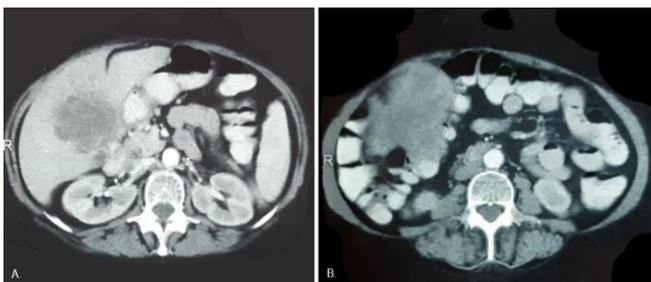


Fig. 1<sup>a</sup>

Fig. 1<sup>b</sup>

---

**Limitaciones de responsabilidad**

La responsabilidad del trabajo es exclusivamente de quienes colaboraron en la elaboración del mismo.

**Conflictos de interés**

Ninguno

**Fuentes de apoyo**

No posee

**Originalidad del trabajo**

Este artículo es original y no ha sido enviado para su publicación a otro medio de difusión científica en forma completa ni parcialmente.

**Cesión de derechos**

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, ceden los derechos de autor a la Universidad Nacional de Córdoba para publicar en la Revista de la Facultad de Ciencias Médicas y realizar las traducciones necesarias al idioma inglés.

**Participación de los autores**

Quienes participaron en la elaboración de este artículo, han trabajado en la concepción del diseño, recolección de la información y elaboración del manuscrito, haciéndose públicamente responsables de su contenido y aprobando su versión final

---

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Cottin V. *Eosinophilic Lung Diseases*. *Clin Chest Med*. 2016 Sep;37(3):535-56. doi: 10.1016/j.ccm.2016.04.015.
2. Suzuki Y, Suda T. *Eosinophilic pneumonia: A review of the previous literature, causes, diagnosis, and management*. *Allergol Int*. 2019 Oct;68(4):413-419. doi: 10.1016/j.alit.2019.05.006.
3. Price M, Gilman MD, Carter BW, Sabloff BS, Truong MT, Wu CC. *Imaging of Eosinophilic Lung Diseases*. *Radiol Clin North Am*. 2016 Nov;54(6):1151-1164. doi: 10.1016/j.rcl.2016.05.008.
4. Jeong YJ, Kim KI, Seo IJ, Lee CH, Lee KN, Kim KN, Kim JS, Kwon WJ. *Eosinophilic lung diseases: a clinical, radiologic, and pathologic overview*. *Radiographics*. 2007 May-Jun;27(3):617-37; discussion 637-9. doi: 10.1148/rg.273065051.