CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):508

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

# P-261 - Manejo de la Fístula colecistocutánea. A propósito de un caso

*Moreno Bargueiras, Alejandro; de la Fuente Bartolomé, Marta; Domínguez Sánchez, Iván; Galán Martín, Mónica; Vieiro Medina, María Victoria; Díaz Pérez, David; Martínez Pueyo, José Ignacio; de la Cruz Vigo, Felipe*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

## Resumen

Introducción: La fístula colecistocutánea fue descrita por primera vez en el año 1670, siendo una entidad quirúrgica poco habitual que aparece como complicación de una colecistitis aguda evolucionada o un cáncer de vesícula. Actualmente son poco frecuentes, gracias a un diagnóstico y tratamiento temprano de la patología biliar litiásica. Aparecen de forma más habitual en pacientes ancianos o diabéticos, donde los síntomas de la patología biliar son mas inespecíficos y pasan desapercibidos. Presentamos el caso de una paciente diagnosticada de fístula colecistocutánea a raíz de un absceso en hipocondrio derecho, con el objetivo de describir el manejo de esta patología y realizar una breve revisión de la literatura.

Caso clínico: Mujer de 64 años, con antecedentes de cólicos biliares, que acude al Servicio de urgencias por dolor y tumoración en hipocondrio derecho que ha comenzado a supurar. A la exploración física presenta tumoración de aproximadamente 6 × 8 cm con signos de inflamación. Se realiza una ecografía abdominal donde describen colelitiasis y una solución de continuidad del fundus vesicular que comunica con un trayecto hipoecoico que se dirige hacia el tejido celular subcutáneo. Dada la estabilidad de la paciente, ingresa en planta para completar estudio e iniciar tratamiento antibiótico intravenoso. Se le realiza un TAC abdominal y una colangioRMN, con hallazgos superponibles a la ecografía y añadiendo además la existencia de adenopatías en hilio hepático. Ante estos hallazgos, la primera posibilidad es de colecistitis crónica, sin poder descartar patología neoplásica. Por todo ello se decide cirugía programada, llevándose a cabo una laparotomía exploradora y realizando una resección abierta en bloque del trayecto fistuloso, la vesícula y hepatectomía atípica del segmento V, con el objetivo de conseguir bordes libres por la posibilidad de patología maligna. Finalmente la anatomía patológica informa de colecistitis aguda y crónica fistulizada.

Discusión: Las fístulas biliares pueden ser internas o externas. Las internas representan la mayoría, y de ellas el 75% comunican la vesícula con el duodeno y aproximadamente un 15% con el colon. El 10% restante lo hacen con el estómago o el yeyuno. Las externas son raras, produciéndose por la perforación de la vesícula a nivel del fundus, adhiriéndose este a la pared abdominal y generando el trayecto fistuloso. La presentación clínica de la fístula suele ser evidente, al descargar bilis o cálculos por la pared abdominal, o en ocasiones más dificultosa al drenar únicamente pus. El orificio externo generalmente aparece en el hipocondrio derecho (45%), ombligo (27%), región lumbar derecha, fosa iliaca derecha o incluso en zona glútea. El manejo del la fístula colecistocutánea depende de su etiología. En los casos secundarios a colecistitis, durante la fase aguda se requiere tratamiento antibiótico. Posteriormente el tratamiento definitivo será la colecistectomía y resección del trayecto fistuloso. En cuanto a la vía de abordaje, la intervención suele realizarse de forma abierta. Sin embargo en grupos experimentados se podría plantear una colecistectomía laparoscópica y un cierre de la fístula por segunda intención, disminuyendo el estrés quirúrgico asociado y disminuyendo el

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados

riesgo y complicaciones según dichos autores.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados