



P-256 - ABSCESO DE PARED ABDOMINAL SECUNDARIO A FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA: UNA RARA COMPLICACIÓN DE LA LITIASIS BILIAR

Pérez, Teresa; García, Nuria; Añón, Elena; del Pino, Sheila; Kiefer, Georg; García Botella, Miguel; Aguiló Lucia, Javier

Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: La fístula colecistocutánea es una complicación infrecuente de la colecistitis litiásica. Es la comunicación de la vesícula con el exterior por la rotura de la pared abdominal. Se da más frecuentemente en pacientes diabéticos y de edad avanzada, y suele debutar como un exudado indoloro en el cuadrante superior derecho del abdomen.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 84 años con antecedentes de alergia a la penicilina y al nolutil, hipertensa, con cardiopatía isquémica, hipercolesterolemia, anemia, osteoporosis e insomnio. Acude a Urgencias por dolor abdominal de cuatro días de evolución y tumoración en hipocondrio derecho, sin fiebre termometrada. La paciente refiere episodios de dolor en hipocondrio derecho de años de evolución. A la exploración física se observa tumoración eritematosa, fluctuante y dolorosa en hipocondrio derecho de unos 8 cm de diámetro. Analíticamente destaca una leucocitosis de 15.000, PCR 160, Hb 8,8, HTC 29% y Cr 1,2. Se solicita un TAC que informa de una colección de 116 × 60 × 75 mm en la pared abdominal anterior que contiene una imagen cálcica de unos 35 mm. La colección parece tener solución de continuidad a nivel intraabdominal en topografía de la vesícula biliar. Se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente bajo anestesia general. Debido a la comorbilidad se decide un tratamiento lo menos invasivo posible, realizando drenaje del absceso de pared con extracción de una colelitiasis de 4 cm y varias de menor tamaño. Durante el postoperatorio presentó una evolución favorable. La paciente sigue controles en Consultas Externas y 6 meses tras la intervención se encuentra asintomática, sin nuevos episodios de colecistitis.



Discusión: La fístula colecistocutánea es una patología excepcional en nuestra época debido a la antibióterapia y al manejo quirúrgico precoz de la patología biliar. La fístula colecistocutánea se produce porque la litiasis de la vesícula provoca un aumento de la presión intraluminal que compromete la circulación de la pared, condicionando isquemia, necrosis, translocación bacteriana y, finalmente abscesos, que comunican con la pared abdominal. La presentación clínica es un cuadro clínico insidioso, con cólico biliar de años de evolución, al que posteriormente se añade una lesión cutánea que progresa a absceso en el hipocondrio derecho, flanco derecho o zona umbilical. El tratamiento quirúrgico definitivo es la colecistectomía, la resección del trayecto fistuloso y la reparación de la pared abdominal. En el caso de nuestra paciente, dada la elevada comorbilidad y que de momento se encuentra asintomática, no se ha indicado la colecistectomía.