



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-255 - FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Serrano Miralles, Rocío; Lillo Martínez, Paula; Torbella Bonnin, Paula; Lombardo Lloró, Víctor; Pérez Calvo, Javier; Carbonell Aliaga, Mari Pau; Gifré Casadevall, Eduard

Hospital de Manacor, Manacor.

Resumen

Introducción: Las fistulas colecistocutáneas son comunicaciones de la vesícula biliar con el medio externo a través de la pared abdominal. Aparecen más frecuentemente en mujeres por encima de los 60 años y en pacientes con dificultad para acceder al sistema sanitario. Pueden presentarse en cualquier localización de la pared abdominal anterior, siendo más frecuente en hipocondrio derecho. Los primeros reportes datan del siglo xvii, habiendo disminuido mucho su incidencia en las últimas décadas, probablemente debido a los avances en radiodiagnóstico, al uso más generalizado de antibioterapia y a mejores opciones de tratamiento quirúrgico. Su etiología es frecuentemente secundaria a una colecistopatía litiásica crónica, aunque también se han descrito secundarias a adenocarcinoma de la vesícula biliar, a anomalías en la vía biliar, posquirúrgicas y a traumatismos. Habitualmente se asocian a obstrucción de la vía biliar por litiasis, aumentándose así la presión intraluminal en la vesícula, la traslocación bacteriana secundaria a isquemia y necrosis de su pared, con la formación de abscesos que finalmente fistulizan hacia la pared abdominal.

Caso clínico: Mujer de 85 años, institucionalizada, que presenta dolor abdominal y estreñimiento de dos días de evolución. A la exploración presenta tumoración en hipocondrio derecho, sospechándose como primera opción una hernia de pared abdominal que se intenta reducir sin éxito. Ante tal sospecha, se realiza TAC que describe colección en pared abdominal (10 × 7 × 11 cm) que contacta estrechamente e impresiona de fistulización con vesícula biliar, con signos de colecistitis aguda litiásica. Se realiza colecistectomía laparoscópica, liberación de la vesícula biliar de la pared abdominal, con desbridamiento y drenaje del absceso por vía abierta. Durante el posoperatorio presenta buena evolución, siendo dada de alta. Seguimiento posterior con evolución favorable. Anatomía patológica: signos de colecistitis xantogranulomatosa litiásica.

Discusión: Las fistulas biliares pueden ser internas, hacia otros órganos intraabdominales, o externas, a cualquier parte de la pared abdominal, siendo este tipo de presentación muy infrecuente. Suele diagnosticarse por ecografía, aunque en algunos casos precisan de otras técnicas como el TAC o un fistulograma. Debido a su baja incidencia, hay poca literatura al respecto, tratándose en la mayoría de los artículos de reportes de casos aislados y por lo tanto, el tratamiento no está estandarizado. Se recomienda en la mayoría de los casos, la colecistectomía habitualmente abierta o por vía laparoscópica, con resección del trayecto fistuloso y del absceso, seguido de la reparación de la pared y la realización de colangiografía intraoperatoria con el fin de descartar obstrucción de la vía biliar. En casos de inestabilidad o comorbilidades que desestimen la intervención quirúrgica, se

opta preferentemente por el tratamiento conservador con antibioterapia intravenosa y drenaje percutáneo del absceso e incluso la realización de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en los casos de sospecha de obstrucción de la vía biliar. La importancia de conocer esta patología radica en que, a pesar de que la etiología más probable es la colecistopatía crónica litiásica, también puede ser debida a neoplasias de la vesícula biliar y es importante su correcto manejo para asegurar el mejor pronóstico posible para el paciente.