



VC-083 - FÍSTULA COLECISTOCOLOCUTÁNEA TRAS COLECISTOSTOMÍA. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Hinojosa Arco, Luis Carlos; Mansilla Díaz, Sebastián; de Laguno de Luna, Ágata; Gómez Pérez, Rocío; Ortega Castán, María; Suárez Muñoz, Miguel Ángel

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Victoria, Málaga.

Resumen

Introducción: La fistula colecistocutánea es un tipo de fistula biliar externa en la que se conecta la vesícula con la superficie cutánea, produciéndose salida de líquido biliar al exterior. Puede ocurrir de forma espontánea, posquirúrgica o iatrogénica. Las opciones terapéuticas son variables, habiéndose descrito desde manejo conservador hasta tratamiento quirúrgico con colecistectomía y escisión del trayecto fistuloso.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente de 82 años con riesgo anestésico ASA IV con colecistitis aguda grado II tratada mediante colecistostomía de forma satisfactoria. El catéter se retira cuatro semanas después sin incidencias. Dos meses más tarde, el paciente comienza a presentar secreción purulenta a través del orificio de inserción del drenaje, la cual va en aumento a pesar de tratamiento antibiótico. Después de más de un año intentando manejo conservador con antibioterapia dirigida, objetivando por pruebas de imagen la presencia de una fistula colecistocutánea, se decide tratamiento quirúrgico. Mediante abordaje laparoscópico, en posición francesa, con 4 puertos de trabajo, se accede a la cavidad abdominal y se aprecia plastrón inflamatorio en hipocondrio derecho que está adherido al peritoneo parietal. Se diseña en primer lugar el epiplón mayor que está englobado por el proceso inflamatorio, el cual se puede separar sin incidencias. Tras ello, se objetiva segmento de colon transverso, próximo a ángulo hepático, que está en íntimo contacto con vesícula biliar, ambos adheridos a su vez a la pared abdominal. Se consigue disecar un plano entre la vesícula biliar y el colon hasta apreciar un trayecto fistuloso de aproximadamente un centímetro de diámetro entre ambos órganos. Se secciona el trayecto con endograpadora y, con ello, se separa por completo el colon del proceso inflamatorio. Tras ello, se procede a realizar la colecistectomía. La vesícula biliar presenta signos inflamatorios crónicos y se encuentra totalmente adherida a la vía biliar principal, sin apreciar plano de separación entre ambas. Dado que se presume una colecistectomía dificultosa se inicia colecistectomía retrógrada, separando en primer lugar el fundus vesicular del trayecto fistuloso de la pared abdominal. Tras ello, mediante maniobras de disección roma y evitando al máximo instrumentos de diatermia, se consigue separar parcialmente la vesícula biliar de la vía biliar principal. En este momento, se plantea la posibilidad de realizar una colecistostomía subtotal. Sin embargo, profundizando en las maniobras de disección descritas, se consigue individualizar el conducto cístico y la arteria cística. La arteria es ligada y seccionada con pinza de sellado vascular y el conducto cístico es ligado con Hemolock. Con ello, concluye la colecistectomía. Por último, se realiza legrado y cura amplia de trayecto fistuloso.

El paciente fue dado de alta en las primeras 24 horas tras la intervención sin complicaciones y el orificio fistuloso presentó cicatrización progresiva por segunda intención.

Discusión: aunque el manejo conservador está aceptado, el tratamiento quirúrgico es el tratamiento de elección en los casos de fistula colecistocutánea. La involucración del colon es un motivo de peso para que la fistula se perpetuara y no presentara buena evolución con tratamiento antibiótico.