

Cirujano General

Volumen
Volume **24**

Número
Number **1**

Enero- Marzo
January-March **2002**

Artículo:

Fístula colecisto-cutánea espontánea. Informe de un paciente

Derechos reservados, Copyright © 2002:
Asociación Mexicana de Cirugía General, A. C.

**Otras secciones de
este sitio:**

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

***Others sections in
this web site:***

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



Medigraphic.com

Fístula colecisto-cutánea espontánea. Informe de un paciente

Spontaneous cholecysto-cutaneous fistula. Report on one patient

Dr. Guillermo Rojas Reyna,

Dr. Xavier Gómez Cárdenas,

Dr. Fred Weisser Jacobs,

Dr. Alberto Chousleb Kalach,

Dr. Jorge Cervantes Castro,

Dr. José Ramón Ochoa Gómez,

Dra. Virginia Galeazzi Martínez

Resumen

Objetivo: Comunicar el caso de una paciente con fístula colecisto-cutánea espontánea, secundaria a colecistolitiasis crónica.

Sede: Hospital de tercer nivel de atención.

Descripción del caso: Mujer de 85 años de edad con cuadro clínico de dolor abdominal de dos años de evolución, localizado a hipocondrio derecho, con salida de material purulento de color amarillo-verdoso a través de un orificio de aproximadamente 1 mm, situado en la región sub-costal derecha; recibió tratamiento con antimicrobianos con lo que cicatrizó el orificio y cesó el drenaje del material purulento. Dos semanas antes de su internamiento volvió a reaparecer la sintomatología de dolor y la apertura del orificio. Se realizó fistulograma a través del orificio sub-costal y se visualizó trayecto fistuloso de la pared abdominal a la vesícula biliar; el conducto cístico y el colédoco estaban permeables. Se trató quirúrgicamente, primero con abordaje laparoscópico que se convirtió a cirugía abierta por dificultad técnica, se realizó colecistectomía parcial con resección del trayecto fistuloso. Actualmente se encuentra asintomática.

Abstract

Objective: To report the case of a female patient with a spontaneous cholecysto-cutaneous fistula due to chronic cholecystolithiasis.

Setting: Third level health care hospital.

Description of the case: Eighty-five years old woman with clinical symptoms of abdominal pain of two years of evolution, localized at the right hypochondrium, draining purulent yellow-greenish material through an orifice of approximately 1 mm, located on the right sub-costal region. She received antimicrobial treatment, which induced closure of the orifice and stopped the purulent material drainage. Two weeks before her admittance to the hospital the pain reappeared and the orifice re-opened. A fistulogram was performed through the sub-costal orifice and a fistulous tract was visualized from the abdominal wall to the gallbladder; the cystic duct and the choledochus were permeable. She was treated surgically, first laparoscopically but had to be converted to open surgery due to technical difficulties. Partial cholecystectomy was performed resecting the fistulous tract. At present, she is asymptomatic.

De los Departamentos de Cirugía General y Medicina Interna del Hospital American British Cowdray, Medical Center. México, D.F.

Recibido para publicación: 30 de marzo de 2001.

Aceptado para publicación: 30 de mayo de 2001.

Correspondencia: Dr. Guillermo Rojas Reyna. Torre de Consultorios Hospital ABC Despacho 508-510. Sur 136 No. 201, esquina Observatorio, Colonia Las Américas, 01120, México, D.F.

Teléfono: 52 72 34 10, Fax: 55 16 99 70

Correo electrónico: Mdrojas@hotmail.com

Conclusión: La fístula colecisto-cutánea espontánea debe sospecharse por las características del cuadro clínico y la presencia de un orificio en la región subcostal derecha.

Palabras clave: Vesícula, fístula, colecisto-cutánea, espontánea, colecistitis.
Cir Gen 2002;24: 53-56

Conclusion: A spontaneous cholecysto-cutaneous fistula must be suspected based on the clinical characteristics and the presence of an orifice in the right sub-costal region.

Key words: Gallbladder, cholecysto-cutaneous fistula, cholecystitis.
Cir Gen 2002;24: 53-56

Introducción

La fístula colecisto-cutánea espontánea (FCCE) es una entidad poco frecuente debido al diagnóstico y al tratamiento temprano de la enfermedad vesicular. En los últimos 50 años se han publicado en la literatura mundial a nuestro alcance, 16 casos de FCCE. En 1670, Thilesus realizó el primer informe sobre fístulas biliares externas espontáneas.¹ Una fístula es una comunicación transmural anormal entre dos superficies epitelizadas. El factor común para la formación de una fístula es un proceso inflamatorio o neoplásico que produce erosión a las estructuras circunvecinas.²

La presentación clínica de las fístulas biliares es variable, depende de su curso anatómico y del proceso nocivo de base; pueden ser externas o internas, espontáneas o postoperatorias.³

Las fístulas externas drenan más frecuentemente al cuadrante superior y flanco derecho o al ombligo. Más del 90% de las fístulas espontáneas se asocian a colecisto-litiasis.

El objetivo de esta comunicación es informar el caso de una paciente con fístula colecisto-cutánea espontánea, secundaria a colecisto-litiasis crónica.

Descripción del caso

Mujer de 85 años de edad, admitida en el Centro Médico ABC, en mayo del 2000, con cuadro de dolor abdominal de dos años de evolución, localizado

en hipocondrio derecho, de tipo cólico, intermitente y acompañado de distensión abdominal. Un año después, notó salida de material purulento de color amarillo-verdoso a través de un pequeño orificio en la región subcostal derecha y en alguna ocasión salida de arenillas y pequeños fragmentos de litos. Fue tratada como portadora de un absceso subcutáneo con antibióticos orales, con lo que mejoró su sintomatología y cerró el orificio. Dos semanas antes de



Fig. 1. Fotografía clínica donde se observan dos orificios de aproximadamente 1 mm de diámetro, en la región subcostal derecha del abdomen, por donde drenaba material amarillo-verdoso.



Fig. 2. Fistulograma que identificó el trayecto entre la piel y la vesícula biliar, con permeabilidad del cístico y paso del material de contraste al duodeno.



Fig. 3. Campo operatorio donde se realizó disección y referencia del conducto cístico durante la conversión a cirugía abierta.

su internamiento presentó un nuevo orificio con salida de material purulento, acompañado de dolor abdominal.

A la exploración física, el abdomen era globoso, doloroso a la palpación profunda en hipocondrio derecho y se observaron dos pequeños orificios de 1 mm de diámetro en la región subcostal del mismo lado, con salida de material amarillo-verdoso (**Figura 1**).

Los exámenes de laboratorio mostraron biometría hemática sin leucocitosis, con hemoglobina de 13.8 mg/dl y hematócrito del 41.4%, con 198 mil plaquetas, las pruebas de funcionamiento hepático y el coagulograma sin alteraciones.

Se realizó fistulograma donde se visualizó trayecto de la piel a la vesícula biliar, con conducto cístico permeable, llenado de la vía biliar extrahepática y paso del material de contraste al duodeno (**Figura 2**). El ultrasonido identificó una vesícula biliar pequeña, adherida a la pared abdominal anterior, con un lito grande en su interior; la vía biliar intrahepática sin dilatación y el colédoco de 10.3 mm de diámetro.

Se decidió tratamiento quirúrgico con abordaje laparoscópico que se convirtió a cirugía abierta por la dificultad para la disección y la visualización de estructuras anatómicas; se identificó el trayecto fistuloso y la vesícula biliar escleroatrófica, adherida a la pared abdominal anterior, con un lito grande en su interior y proceso inflamatorio (**Figura 3**).

Se realizó colangiografía transcística transoperatoria (**Figura 4**) y colecistectomía parcial tipo Estess con resección del trayecto fistuloso. Se dejó drenaje cerrado que se retiró al quinto día de post-operatorio. Egresó al sexto día, toleró la vía oral, con tránsito intestinal adecuado y sin complicaciones. El informe histopatológico fue de colecistitis crónica folicular y colecisto-litiasis sin evidencia de malignidad.

Discusión

La fístula colecisto-cutánea espontánea es una presentación atípica de colecisto-litiasis, en el cual el pro-



Fig. 4. Colangiografía transcística transoperatoria, se observa el catéter en el conducto cístico, se identificó la vía biliar intrahepática, el colédoco dilatado sin obstrucción distal y el paso del medio de contraste al duodeno.

ceso inflamatorio crónico de la vesícula biliar se adhiere a la pared abdominal anterior, lo que permite la formación de un trayecto fistuloso con drenaje de bilis o litos, generalmente asociado a obstrucción de los elementos naturales de salida de la vía biliar extrahepática.^{4,5}

Habitualmente se espera que exista obstrucción del conducto cístico para la formación de la fístula, ya sea por cálculos, inflamación crónica y, con menor frecuencia, por un carcinoma.

Una particularidad del presente caso es la presencia de FCCE con permeabilidad del conducto cístico y de la vía biliar extrahepática, hallazgo no publicado en los 16 casos previos.

La presencia de una lesión en la pared abdominal anterior puede confundir al clínico, diagnosticando erróneamente un proceso infeccioso de la piel, un quiste de inclusión, un granuloma piógeno o metástasis de un carcinoma, retrasando el tratamiento definitivo.⁶

El diagnóstico se realiza apoyándose en estudios de imagen, a través de un fistulograma que demues-

tra el trayecto fistuloso entre la pared abdominal y la vesícula biliar.⁷

El tratamiento quirúrgico consiste en colecistectomía y resección del trayecto fistuloso; si se tiene experiencia en las técnicas de cirugía laparoscópica avanzadas, se puede intentar un abordaje laparoscópico; sin embargo, por la naturaleza del proceso inflamatorio crónico habitualmente resulta difícil identificar la anatomía de la vía biliar, como lo ilustra el presente informe.

En aquellos casos en que el fistulograma preoperatorio no demuestre permeabilidad del árbol biliar extrahepático, es necesario practicar colangiografía transoperatoria y con base en ésta decidir la necesidad de explorar la vía biliar.

Conclusión

La fístula colecisto-cutánea espontánea debe sospecharse por las características del cuadro clínico y la presencia de un orificio en la región subcostal derecha. El diagnóstico se confirma con un fistulograma.

El tratamiento quirúrgico es obligatorio, lo que reduce las complicaciones de esta enfermedad.

Referencias

1. Birch BR, Cox SJ. Spontaneous external biliary fistula uncomplicated by gallstones. *Postgrad Med J* 1991; 67: 391-2.
2. Andley M, Biswas RS, Ashok S, Somshekar G, Gulati SM. Spontaneous cholecystocutaneous fistula secondary to calculous cholecystitis. *Am J Gastroenterol* 1996; 91: 1656-7.
3. LeBlanc KA, Barr LH, Rush BM. Spontaneous biliary enteric fistulas. *South Med J* 1983; 76: 1249-52.
4. Nicholson T, Born MW, Garber E. Spontaneous cholecystocutaneous fistula presenting in the gluteal region. *J Clin Gastroenterol* 1999; 28: 276-7.
5. Lau MW, Halle CN, Brown TH. Biliary-cutaneous fistula: an uncommon complication of retained gallstones following laparoscopic cholecystectomy. *Surg Laparosc Endosc* 1996; 6: 150-1.
6. Orr KB. Spontaneous external biliary fistula. *Aust N Z J Surg* 1979; 49: 584-5.
7. Mymin JS, Watkins RM. Spontaneous cholecystocutaneous fistulae secondary to calculous cholecystitis. *Br J Clin Pract* 1993; 47: 341-2.