



P-236 - FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA ESPONTÁNEA SOBRE CICATRIZ DE ILEOSTOMÍA: UNA PIEDRA EN EL CAMINO

López Domínguez, Carlota; García de Castro, Ricardo; Robla Álvarez, David; Rodríguez Rojo, Sergio; Guerreiro Caamaño, Aloia; Noguera Aguilar, José Francisco

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: La fístula colecistocutánea se define como un tipo de fístula biliar externa, consistente en la comunicación directa de la luz vesicular con la pared abdominal a través de un trayecto fistuloso que permite la exteriorización de su contenido. Afecta más frecuentemente a mujeres mayores de 60 años y su principal etiología se atribuye a la inflamación crónica de la vesícula biliar en relación con colelitiasis no tratada. También se ha relacionado con cirugías previas/procedimientos percutáneos de drenaje biliar, traumatismos locales o incluso una neoplasia biliar maligna subyacente. Por lo infrecuente del cuadro, procedemos a presentar un caso de fístula colecistocutánea desarrollada de forma espontánea sobre una cicatriz de ileostomía previa en un paciente sin antecedentes conocidos de litiasis biliar sintomática.

Caso clínico: Se trata de un varón de 75 años diabético y EPOC, con un adenocarcinoma de recto medio pT2N0 intervenido un año antes mediante una resección anterior baja e ileostomía de protección, sin datos de recidiva hasta la fecha. El paciente es reintervenido al cabo de 7 meses para el cierre de la ileostomía, desarrollando una infección de la herida quirúrgica situada en FID que evoluciona posteriormente hacia un absceso crónico de pared con débito purulento activo durante los 5 meses previos. Acude al servicio de Urgencias por la emisión repentina 48 horas antes de un cálculo de 3-4 cm a través de la cicatriz estomal descrita, con vertido posterior de abundante contenido líquido de aspecto biliar. El paciente no relata fiebre ni otra sintomatología abdominal relacionada y no constan antecedentes de clínica biliar conocida. A la inspección, se aprecia un orificio cutáneo fistuloso en FID con débito biliar activo a su través, bajo una exploración abdominal que por lo demás resulta anodina y sin alteraciones en parámetros analíticos. Consta en su historial un TC abdominal con contraste IV realizado 30 días antes, donde se visualiza la colección subcutánea conocida en FID con aparente extensión a fundus vesicular, pero sin fístula definida. El paciente es sometido a una laparotomía exploradora urgente, en la que se evidencia una vesícula colapsada y excluida, sin datos de inflamación activa ni cálculos remanentes en su interior, fusionada a nivel del fundus con la pared abdominal anterior en FID. Se realiza una colecistectomía abierta con resección del trayecto fistuloso en subcutáneo. El examen histopatológico de la pieza revela datos de fibrosis e inflamación crónica perifístula, sin evidencia de malignidad. Como complicación en el posoperatorio el paciente experimenta nuevamente infección de la herida quirúrgica manejada con antibioterapia dirigida y curas locales.



Discusión: La fístula colecistocutánea espontánea representa una rara entidad clínica de la que se han reportado menos de 100 casos en la literatura. El fistulograma y la colangioRMN pueden ayudar a definir la anatomía de la fístula, siendo el TC uno de los métodos más utilizados para aproximarnos al diagnóstico inicial. El tratamiento de elección es quirúrgico mediante colecistectomía con escisión del trayecto fistuloso, descartando malignidad u otra patología de la vía biliar subyacente al origen del cuadro.