



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-206 - ABSCESO CRÓNICO DE PARED COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA FÍSTULA COLECISTOCUTÁNEA. UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE

Latorre Fragua, Raquel; Ramiro Pérez, Carmen; López Marcano, Aylhin; Díaz Candelas, Daniel; Picardo Gomendio, María Dolores; Gorini, Ludovica; Arellano González, Rodrigo; de La Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La fístula colecistocutánea (FCC) espontánea se define como la comunicación de la vesícula biliar con la piel, sin antecedente de traumatismo o cirugía biliar. Es una rara complicación de la colelitiasis, cuya incidencia ha descendido gracias al tratamiento temprano de la colelitiasis.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 65 años con antecedente de esquizofrenia en tratamiento médico que acude a consulta de cirugía derivada por MAP por presentar supuración desde hace semanas a través de orificio en pared abdominal a nivel de HCD. No refiere fiebre ni dolor abdominal. A la exploración presenta eritema en ambos pliegues submamaros, destacando orificio fistuloso de unos 5 mm por el que presenta exudado purulento, sin empastamiento perilesional (fig. 1a). No se palpan masas. El resto del abdomen no presenta otras alteraciones. Se toma cultivo y analítica urgente sin presencia de alteraciones y se inicia tratamiento con Augmentine oral y seguimiento en consulta para curas. Ante la persistencia de la clínica se completa estudio con TAC abdominal con hallazgo de vesícula engrosada en continuidad con trayecto fistuloso en pared abdominal en cuyo trayecto hasta la piel se observan litiasis. Se programa colecistectomía iniciándose por vía laparoscópica evidenciándose vesícula de pequeño tamaño, íntimamente adherida a peritoneo parietal, se consigue disección de arteria y conducto cístico sin clara visión de seguridad de Strassberg por lo que se continua con laparotomía, completando colecistectomía sin incidencias sin apreciarse soluciones de continuidad en la vesícula de aspecto escleroatrófico. Se completa cirugía con resección de todo el trayecto fistuloso y extracción de las litiasis en dicho trayecto (fig. 1b). Alta a los 7 días (Clavien 0/CCI 0).

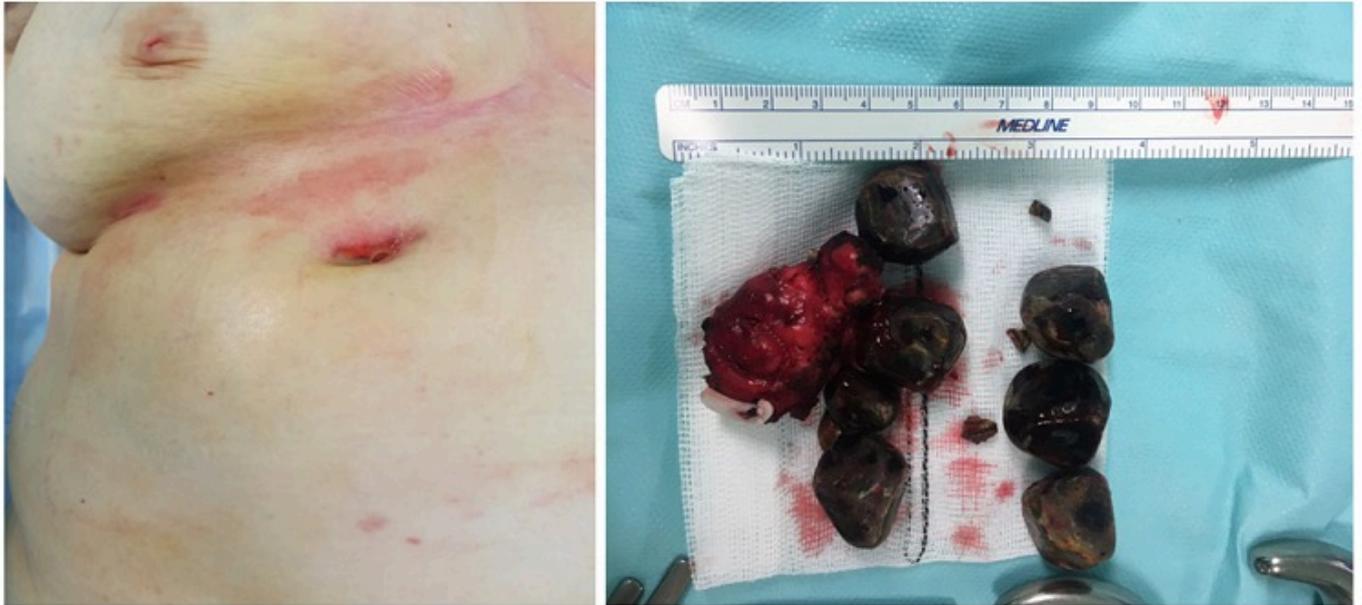


Imagen 1. a. Orificio fistuloso en HCD con drenaje espontaneo de material seropurulento. b. Litiasis extraídas de trayecto fistuloso subcutáneo junto a pieza de colecistectomía con vesícula escleroatrófica.

Discusión: La mayoría de los casos de FCC, se presentan en mujeres mayores, sin antecedentes de colecistitis. Los esteroides, la poliarteritis nudosa, la fiebre tifoidea o los traumatismos se han considerado factores predisponentes, en el caso de nuestra paciente la su medicación de base enmascaraba la presencia del dolor. Al igual que en nuestra paciente, se presenta como un absceso crónico recurrente, habitualmente sin otra sintomatología acompañante. El drenaje quirúrgico o espontáneo de este permite la formación de la fístula. Ante la presencia de un absceso persistente a los drenajes deberíamos sospechar el diagnóstico, siendo necesaria una técnica de imagen en casos con supuración o celulitis de pared inexplicada, sobre todo en el caso de mujeres añosas con historia de colelitiasis. El tratamiento definitivo es quirúrgico y se completa con la colecistectomía y resección del trayecto fistuloso. En pacientes con alto riesgo, el drenaje percutáneo de las litiasis permite el cierre espontáneo del trayecto fistuloso. Ante la presencia de una lesión dérmica inusual en HCD con supuración recurrente a pesar de drenaje y antibioterapia en mujeres ancianas con historia de colelitiasis, la presencia de una FCC debe ser descartada.