

CIRUGÍA y CIRUJANOS

Órgano de difusión científica de la Academia Mexicana de Cirugía
Fundada en 1933

www.amc.org.mx www.elsevier.es/circir



CASO CLÍNICO

Fístula colecistocutánea espontánea



Fernando Guardado-Bermúdez^{a,*}, Araceli Aguilar-Jaimes^a,
Fernando Josafat Ardisson-Zamora^a, Luis Alberto Guerrero-Silva^a,
Estefanie Villanueva-Rodríguez^b y Nubia Alondra Gómez-de Leija^c

^a Servicio de Cirugía General, Departamento de Cirugía, Hospital Civil de Ciudad Madero, Ciudad Madero, Tamaulipas, México

^b Servicio de Medicina Interna, Departamento de Cirugía, Hospital Civil de Ciudad Madero, Ciudad Madero, Tamaulipas, México

^c Servicio de Medicina General, Departamento de Cirugía, Hospital Civil de Ciudad Madero, Ciudad Madero, Tamaulipas, México

Recibido el 10 de junio del 2013; aceptado el 21 de enero del 2014

PALABRAS CLAVE

Fístula biliar

Resumen

Antecedentes: Se define la fístula colecistocutánea espontánea como la comunicación de la vesícula biliar con el medio externo a través de la rotura de la pared abdominal; los primeros reportes escritos datan del siglo XVII por Thilesus. Durante los últimos 50 años, se han reportado 25 casos.

Caso clínico: Se trata de un paciente femenino, de 30 años, con cólico biliar de 5 años de evolución; 6 meses previos a su valoración, presenta salida de material biliar, así como litos, de manera espontánea en el hipocondrio derecho. Se realiza un fistulograma sin evidencia de obstrucción; posteriormente, se realiza colecistectomía, así como resección del trayecto fistuloso.

Discusión: Las fístulas biliares son una comunicación anómala de la vesícula hacia otra superficie; es una patología rara en nuestros días, ya que solo se presenta en un 10% de los pacientes con colecistopatía litiásica, si bien la clínica de la fístula colecistocutánea espontánea es más que evidente, es indispensable realizar estudios complementarios, como ultrasonido, tomografía y fistulograma. La base del tratamiento consiste en la colecistectomía, así como en la resección del trayecto fistuloso y la reparación del defecto en la pared abdominal.

Conclusión: La incidencia de fístulas colecistocutáneas en la actualidad es mínima y parece que la tendencia actual es a convertirse en una entidad anecdótica; la vía de abordaje para la exploración abdominal es la vía subcostal como primera opción. El acceso laparoscópico es una opción reservada para el cirujano experimentado.

Todos los derechos reservados © 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*Autor para correspondencia: Calle Miguel Ramos 606, Col. Luna Luna. CP 89519, Ciudad Madero, Tamaulipas, México. Teléfono: 01 (833) 1265579.
Correo electrónico: fernandoguardadob@hotmail.com (F. Guardado Bermúdez).

KEYWORDS

Biliary fistula;
Cholecystocutaneous;
Fistulogram

Spontaneous cholecystocutaneous fistula**Abstract**

Background: Spontaneous cholecystocutaneous fistula is defined as a gallbladder communication with the external environment through the abdominal wall rupture. The first reports were written in the seventeenth century by Thilesus. During the past 50 years, 25 cases have been reported.

Clinical case: The case is presented of a 30-year-old woman, who had a five-year history of biliary colic. Six months prior to her medical assessment there was a leak of biliary material and gallstones spontaneously in the right upper quadrant. Fistulogram was performed with no evidence of obstruction. A cholecystectomy and resection of the fistula was subsequently performed.

Discussion: The biliary fistulas are an abnormal communication from the gallbladder into another surface. It is a rare condition nowadays, as it only occurs in 10% of patients with gallbladder lithiasis. Although the clinical signs of spontaneous cholecystocutaneous fistula clinic are more than evident, it is imperative to perform studies like ultrasound, tomography, and a fistulogram. The mainstay of treatment is cholecystectomy, resection of the fistula, and repair of abdominal wall defect.

Conclusion: The incidence of cholecystocutaneous fistula today is minimal and it seems that the current trend is to become an entity anecdotal. The subcostal abdominal examination approach remains as the first choice. The laparoscopic approach is an option reserved for the experienced surgeon.

All Rights Reserved © 2015 Academia Mexicana de Cirugía A.C. This is an open access item distributed under the Creative Commons CC License BY-NC-ND 4.0.

Antecedentes

Se define la fístula colecistocutánea espontánea como la comunicación de la vesícula biliar con el medio externo a través de la rotura de las capas de la pared abdominal, consolidándose el trayecto fistuloso. Si bien existe evidencia de la formación de fístulas colecistocutáneas, colocando al paciente en decúbito ventral, como manejo del cuadro de colecistopatías de hace más de 2,000 años; los primeros reportes escritos se encuentran hacia el siglo XVII por Thilesus, quien describe esta entidad por primera ocasión. Hacia el siglo XIX, Courvoisier presenta su serie de 499 pacientes. Durante el último siglo, se han reportado alrededor de 70 casos, 25 de los cuales en los últimos 50 años. Dicha tendencia a la disminución en la incidencia de este cuadro nosológico se atribuye al diagnóstico oportuno, así como al progreso en la terapéutica empleada para su resolución en los últimos 2 siglos. Es así como presentamos un caso clínico de una paciente en la cuarta década de la vida, sin antecedentes, que presenta una fístula colecistocutánea de larga evolución¹⁻⁴.



Figura 1 Orificio externo de fístula colecistocutánea.

Caso clínico

Se trata de una mujer de 30 años de edad, sin antecedentes crónico-degenerativos ni quirúrgicos, multigesta, la cual presenta dolor en el hipocondrio derecho de 5 años de evolución, tratado como enfermedad ácido péptica; 6 meses previos a su valoración, presenta una lesión de 2 cm a nivel del hipocondrio derecho, caracterizada por aumento de volumen y salida de material purulento. Es manejada de manera ambulatoria por medicina general como probable absceso cutáneo, dándose manejo dermatológico tópico; sin embargo, en el transcurso de 3 meses, la paciente presenta salida espontánea de material biliar, así como litos, estableciéndose la comunicación de la vía biliar espontáneamente al exterior (fig. 1).

Posteriormente, acude a valoración por el servicio de cirugía general, donde se inicia protocolo de estudio; se realiza una ultrasonografía, con evidencia de trayecto fistuloso a través del espesor de la pared abdominal, con colección a nivel de celular subcutáneo (fig. 2).



Figura 2 Ultrasonido de pared abdominal.



Figura 3 Fistulograma.

Se canula el trayecto y se realiza una fistulografía, con presencia de comunicación a la vesícula biliar, sin obstrucción de la vía biliar (fig. 3).

Se programa de manera electiva para exploración quirúrgica con un abordaje tipo Kosher. A nivel subhepático, se encontraron adherencias del cuerpo de la vesícula a la pared del colon, el hígado y el omento mayor; se realiza la disección retrógrada de la vesícula, reseccándose el huso correspondiente a trayecto fistuloso (figs. 4 y 5). Se realiza una exploración de la vía biliar de manera transcística, sin evidencia de dilatación ni obstrucción; se afronta la herida y se da por terminado el evento.

La paciente presenta evolución satisfactoria, sin complicaciones postoperatorias, egresándose a las 48 h. Durante el

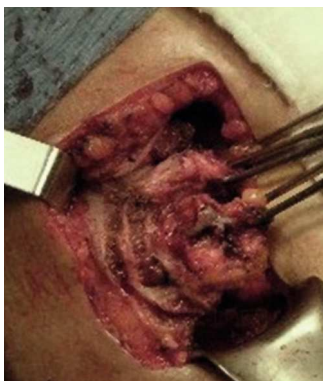


Figura 4 Resección de trayecto fistuloso en la pared abdominal.

postoperatorio mediato y tardío, se presenta adecuada cicatrización, sin datos de complicaciones al procedimiento, dándose de alta del servicio.

Discusión

Las fístulas biliares espontáneas son una comunicación anómala de la vesícula hacia otra superficie; es una patología rara en nuestros días, ya que solo se presenta en un 10% de los pacientes con colecistopatía litiásica; a pesar de ser pocos los casos, muestran una distribución mayor en pacientes femeninos menores de 60 años^{1,3}.

Se establece la clasificación de fístulas biliares en 2 grupos: internas y externas, estas últimas presentándose la comunicación a cualquier parte de la cara anterior del tronco; no obstante, son extremadamente raras, ya que en las décadas recientes menos de 100 casos se han reportado en la literatura médica. En el caso de las fístulas internas, el 75% se comunica a duodeno, el 15% a colon y el 10% a yeyuno, estómago o bronquios^{1,2}.

La presentación de la fístula colecistocutánea tiene una etiopatogenia diversa; dentro de las causas se encuentran las neoplasias de la vesícula biliar, las anomalías anatómicas y, desde luego, las posteriores a procedimientos quirúrgicos; sin embargo, el mayor número de casos se encuentran en asociación a litiasis vesicular, donde el aumento de la presión intraluminal compromete la circulación de la pared, condicionando isquemia, necrosis, translocación bacteriana y, finalmente, abscesos, que comunican a la pared abdominal. Existe una mayor asociación entre la fístula colecistocutánea y la obstrucción de la vía biliar por litos; sin embargo, en nuestro paciente no tiene esta característica^{1,3,6}.

La presentación clínica de las fístulas colecistocutáneas espontáneas es un cuadro insidioso, así como de larga evolución, teniendo como cuadro principal el cólico biliar, persistente durante años; posteriormente, se agrega una lesión cutánea que progresa a absceso en el hipocondrio derecho, el flanco derecho o incluso en la cicatriz umbilical, la cual, si no se realizan una exploración cuidadosa y un interrogatorio efectivo, puede ser manejada como una patología dermatológica sin éxito. Finalmente, una vez consolidado el trayecto, se agrega la salida de material biliar y litos a través de la fístula^{5,7-9}.



Figura 5 Vesícula biliar con segmento de pared abdominal.

Si bien la clínica de la fístula es más que evidente, es indispensable realizar estudios de extensión, como: el ultrasonido para establecer las características de la vía biliar; la tomografía, en búsqueda de un absceso y, desde luego, el fistulograma, con la finalidad de establecer la etiología de la lesión y la presencia de una obstrucción de la vía biliar^{8,10-13}.

El manejo de la fístula colecistocutánea debe establecerse de manera integral; si bien el manejo quirúrgico es la base del tratamiento, debemos considerar manejos conservadores basados en fluidoterapia y antimicrobianos en aquellos pacientes en que las condiciones generales sean comprometidas durante el procedimiento anestésico o quirúrgico. De igual manera, si se evidencia la obstrucción de la vía biliar durante el fistulograma, una de las opciones que ofertan menor comorbilidad es la colangiopancreatografía endoscópica retrógrada. Nunca dejemos de lado el hecho de que el paciente debe ser sometido a una intervención quirúrgica como terapéutica final; el uso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica drena la vía biliar, contribuyendo a la disminución en la presión intraluminal de la vesícula biliar y reduciendo el gasto en la fístula^{9,12,14-18}.

El procedimiento quirúrgico consiste en la colecistectomía, así como en la resección del trayecto fistuloso y la reparación del defecto en la pared abdominal; la fistulografía establecerá la permeabilidad de la vía biliar, la cual, si así considera el cirujano, debe ser verificada durante el acto quirúrgico. De manera habitual, la vía de abordaje que se prefiere es la convencional, es decir, por medio de una incisión subcostal derecha, con la resección en huso del trayecto en la pared; el acceso laparoscópico es descrito en la actualidad, sin embargo, el proceso que desencadena la patología está en relación con una inflamación crónica y severa de la vesícula biliar, mismo que complicara la disección de las estructuras de la vía biliar a través de la mínima invasión^{12,14,16,19,20}.

Conclusiones

La incidencia de fístulas colecistocutáneas en la actualidad es mínima y parece que la tendencia actual es a convertirse en una entidad anecdótica; sin embargo, debe permanecer dentro de la gama de complicaciones de patología biliar en la mente del cirujano general. Si bien el esfuerzo de los sistemas de salud en establecer un diagnóstico y un tratamiento oportuno a las colecistopatías ha logrado la disminución en las complicaciones severas como la fistulización, en los estratos más bajos de la población aún existe un porcentaje pequeño sin acceso a estos beneficios y que son referidos a un servicio quirúrgico con patologías como la descrita en este texto.

Se debe hacer una valoración integral preoperatoria que exponga la anatomía de la fístula como vía biliar, con la finalidad de establecer un plan quirúrgico óptimo. En relación con el abordaje, la exploración abdominal por vía subcostal permanece como la primera opción, dadas las características etiológicas de la entidad, siendo el acceso laparoscópico una opción reservada para el cirujano experimentado, así como la paciencia para resolver la patología de manera completa por este acceso.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

- Valdivia GG. Colecititis aguda y crónica. Asociación Mexicana de Cirugía General A.C. Academia Mexicana de Cirugía General A.C. Tratado de cirugía general. 2.ª ed. Editorial Manual Moderno; 2008. p. 941-948.
- Ioannidis O, Paraskevas G, Kotronis A, Chatzopoulos S, Konstantara A, Papadimitriou N, et al. Spontaneous cholecystocutaneous fistula draining from an abdominal scar from previous surgical drainage. *Ann Ital Chir.* 2012;83(1):67-69.
- Flora HS, Bhattacharya S. Case report spontaneous cholecystocutaneous fistula. *HPB.* 2001;3(4):279-280.
- Rojas RG, Gómez CX, Weisser JF, Chousleb KA, Cervantes CJ, Ochoa GJR, et al. Fístula colecisto-cutánea espontánea. Informe de un paciente. *Cir Gen.* 2002;24(1):53-56.
- El Shehry AH. Biliary fistulas. *EJS.* 2004;23(1):98-113.
- Birch BR, Cox SJ. Spontaneous external biliary fistula uncomplicated by gallstones. *Postgrad Med J.* 1991;67(786):391-392.
- Cruz JR Jr, Nahas J, de Figueiredo LF. Spontaneous cholecystocutaneous fistula: A rare complication of gallbladder disease. *Sao Paulo Med J.* 2006;124(4):234-236.
- Ijaz S, Lidder S, Mohamid W, Thompson HH. Cholecystocutaneous fistula secondary to chronic calculous cholecystitis. *Case Rep Gastroenterol.* 2008;2(1):71-75.
- Dutriaux C, Maillard H, Prophette B, Catala M, Célerier P. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *Ann Dermatol Venerol.* 2005;132(5):467-469.
- Vasanth A, Siddiqui A, O'Donnell K. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *South Med J.* 2004;97(2):183-185.
- Malik AH, Nadeem M, Ockrim J. Complete laparoscopic management of cholecystocutaneous fistula. *Ulster Med J.* 2007;76(3):166-167.
- Khan AA, Azhar MZ, Khan AA, Rasheed A, Khan KN. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2005;15(11):726-727.
- Gossage JA, Forshaw MJ, Stephenson J, Mason R. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *J Surg.* 2004;2(1):52-53.
- Pezzilli R, Barakat B, Corinaldesi R, Cavazza M. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *Case Rep Gastroenterol.* 2010;4(3):356-360.
- Ugalde Serrano P, Solar García L, Miyar de León A, González-Pinto AI, González Pinto I, González González J. Fístula colecistocutánea como forma de presentación del adenocarcinoma de vesícula biliar. *Cir Esp.* 2013;91(6):396-397. doi:10.1016/j.ciresp.2011.12.009.
- Kapoor Y, Singh G, Khokhar M. Spontaneous cholecystocutaneous fistula –not an old time story. *Indian J Surg.* 2013;75 Suppl 1:188-191. DOI: 10.1007/S12262-012-0560-2.
- Yüceyar S, Ertürk S, Karabiçak I, Onur E, Aydoğan F. Spontaneous cholecystocutaneous fistula presenting with an abscess containing multiple gallstones: a case report. *Mt Sinai J Med.* 2005;72(6):402-404.
- Metsemakers WJ, Quanten I, Vanhoenacker F, Spiessens T. Spontaneous cholecystocutaneous abscess. *JBR-BTR.* 2010;93(4):198-200.
- Tallon AL, Lopez PM, Molina GD, Bustos JM, Tamayo LM. Cholecystocutaneous fistula: A rare complication of gallstones. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:553-554.
- Rankin LM, Eger SA, Bourland HS. Spontaneous external biliary fistula. *An Surg.* 1942;116:931-932.