



## Caso clínico

### CIRUGÍA ENDOSCÓPICA

Vol. 15 Núms. 1-4 Ene.-Dic. 2014

# Fístula colecistocutánea: reporte de un caso y revisión de la literatura

Víctor Hernández Avendaño,\* Maricela Jiménez López\*\*

### Resumen

**Introducción:** La fistula colecistocutánea es una complicación de la colecistitis aguda. Su incidencia ha disminuido con los antibióticos y la cirugía oportuna. Las fistulas internas más frecuentes son al duodeno (75%). Las fistulas externas pueden deberse a colecistitis litíásica, lesión quirúrgica, colangiocarcinoma o trauma. El diagnóstico se realiza con ultrasonido o tomografía. El manejo incluye antibióticos, colecistectomía y resección de la fistula. **Caso clínico:** Femenino de 39 años sin antecedentes. Inicia tres semanas previas a su ingreso con eritema en hipocondrio derecho, dolor, aumento de volumen y gasto biliar. A la exploración se encuentra fistula biliar. Se realiza TAC encontrando trayecto fistuloso a pared abdominal. Se decide manejo quirúrgico laparoscópico con colecistectomía y resección de fistula. **Conclusión:** En el pasado se reportaron grandes series asociadas a cuadros agudos; sin embargo, ha disminuido la incidencia con el diagnóstico temprano, por lo que no es frecuente encontrar fistulas espontáneas en la población general. El manejo laparoscópico es seguro y se asocia con menor riesgo, especialmente en aquéllos con comorbilidades.

**Palabras clave:** Fistula colecistocutánea, colecistitis aguda, colelitiasis, perforación, complicaciones crónicas.

### Abstract

**Introduction:** Cholecystocutaneous fistula is a complication of acute cholecystitis. The frequency has decreased with the use of antibiotics and surgery. Internal fistulas are more frequently found to the duodenum (75%). External fistulas can be due to acute cholecystitis, surgical injury, cholangiocarcinoma or trauma. Diagnose can be done with ultrasound or TC scan. Treatment includes antibiotics, cholecystectomy and resection of the fistula. **Case report:** A 39 year old woman presents with a history of hyperemia, pain, and biliary discharge on the right upper quadrant. On the physical exam and TC scan we found a biliary fistula so laparoscopic surgery is performed with cholecystectomy and resection with no complications. **Conclusion:** There are large series reported associated with acute disease; nevertheless the incidence of this disease has decreased with early diagnosis, so the presence of spontaneous fistula is not frequent on the general population. The laparoscopic surgery is safe especially on those patients with comorbidities.

**Key words:** Cholecystocutaneous fistula, acute cholecystitis, cholelithiasis, perforation, chronic complications.

## INTRODUCCIÓN

La fistula colecistocutánea se describió por primera vez en 1670 por Thilesus; posteriormente fue descrita como una complicación de la perforación de la vesícula biliar por

Courvoisier en 1890. Este tipo de fistula con frecuencia es una complicación de la colecistitis aguda.<sup>1</sup> La incidencia de complicaciones como la fistula colecistocutánea ha disminuido gracias al uso de antibióticos intravenosos y la cirugía oportuna. Se presenta típicamente en mujeres, y se manifiesta con la salida de material seroso en el cuadrante superior derecho del abdomen; sin embargo, puede también drenarse a la fosa ilíaca derecha, región inguinal derecha, cicatriz umbilical o al cuadrante superior izquierdo.<sup>2</sup>

La fisiopatología incluye el aumento de la presión intraluminal de la vesícula biliar secundario a obstrucción por litos, lo cual impide el flujo sanguíneo y el drenaje linfático resultando en necrosis y perforación de la pared; esto puede ser un evento agudo que deviene en peritonitis y abscesos perivesiculares o un proceso crónico que conduce a la formación de fistulas internas y externas, principalmente desde el fondo de la vesícula.<sup>2</sup> Las fistulas internas son más frecuen-

\* Subdirector Médico, Hospital General «José María Morelos y Pavón», ISSSTE. Médico adscrito al Servicio de Gastrocirugía.

\*\* Residente de 3er año, Servicio de Gastrocirugía.

Hospital de Especialidades «Dr. Bernardo Sepúlveda Gutiérrez», Centro Médico Nacional Siglo XXI, IMSS.

*Correspondencia:*

**Dra. Maricela Jiménez López**

Tel: 56873347 / 044 55 13842017

E-mail: marice.jimenez@yahoo.com

tes, la mayoría se conectan al duodeno (75%), al colon (15%) o al estómago o yeyuno (10%). Las fistulas externas son raras, usualmente se deben a colecistitis litiásica complicada, pero pueden también ocurrir por lesión quirúrgica de la vía biliar, colangiocarcinoma o por trauma abdominal.<sup>3</sup>

El diagnóstico puede realizarse con ultrasonido o una tomografía; cuando se ha establecido que se trata de una fistula puede realizarse una fistulografía. El ultrasonido puede aportar información si hay un absceso dentro de la cavidad abdominal y la tomografía puede delinear la extensión del absceso y trazar el trayecto fistuloso.<sup>4</sup>

El manejo de esta fistula incluye antibióticos de amplio espectro, incisión y drenaje del absceso si existiera. Una vez que se ha resuelto la fase aguda se debe realizar una colecistectomía y resección de la fistula.<sup>5</sup> En algunos casos, las fistulas pueden cerrarse de manera espontánea; es por esto que la intervención debe retrasarse en pacientes ancianos y con comorbilidades importantes.<sup>6</sup>

## CASO CLÍNICO

Paciente de 39 años sin antecedentes de enfermedades crónico-degenerativas o infecciosas, sin antecedentes quirúrgicos, únicamente con obesidad y tabaquismo ocasional. Inicia su padecimiento actual tres semanas previas a su ingreso con eritema en hipocondrio derecho acompañado de dolor, posteriormente se agrega aumento de volumen y la presencia de orificio con salida de gasto biliar y litos por lo que se ingresa a hospitalización. A la exploración física se encuentra con fistula biliar en hipocondrio derecho, sin otras alteraciones.

Los análisis de laboratorio al ingreso reportaron glucosa de 96, área 14.3, creatinina 0.6, bilirrubina total 0.30, bilirrubina directa 0.13, bilirrubina indirecta 0.17, AST 26.9, ALT 61.1, proteínas totales 6.2, albúmina 4, Na 139, K

4.4, Cl 104, LDH 528. Leucocitos 4.7, Hb 14.3, Hto 42.3, plaquetas 260,000.

Se realizó USG encontrando esteatosis hepática, sin dilatación de la vía biliar con porta de 12 mm y colédoco de 3 mm; vesícula biliar contraída con imágenes en su interior en relación a litos.

Se realiza también TAC encontrando árbol biliar sin dilatación sin datos de fuga biliar a cavidad abdominal; sin embargo, con trayecto fistuloso a pared abdominal (Figura 1).

Se decide manejo quirúrgico con exploración laparoscópica en la cual se realiza colecistectomía laparoscópica y resección de fistula. Los hallazgos transoperatorios fueron: el fondo de la vesícula adherido en su totalidad a la pared abdominal y un trayecto fistuloso del fondo vesicular a la pared abdominal (Figura 2).

Procedimiento quirúrgico: se realiza maniobra de Strasberg, identificando el cístico; en la arteria cística se colocan grapas y corte de las estructuras mencionadas (Figura 3) para la disección retrograda; se procede a la resección de la fistula y se revisa posteriormente el lecho vesicular (Figura 4). Se encuentran múltiples litos facetados en el interior de la vesícula y el fondo firmemente adherido a la pared abdominal (Figura 5). Finalmente se deja un drenaje cerrado de tipo Jackson Pratts al lecho quirúrgico, se inició tolerancia a la vía oral 12 horas posterior a su procedimiento quirúrgico, egresando de la unidad a las 24 horas sin drenaje.

## DISCUSIÓN

En el pasado se reportaron grandes series de casos de fistula colecistocutánea asociados a cuadros agudos con perforación.<sup>4</sup> Las fistulas colecistocutáneas son resultado de un proceso inflamatorio crónico que no causa sintomatología que hubiera forzado a los pacientes a buscar atención de manera temprana. El tratamiento de elección para esta complicación

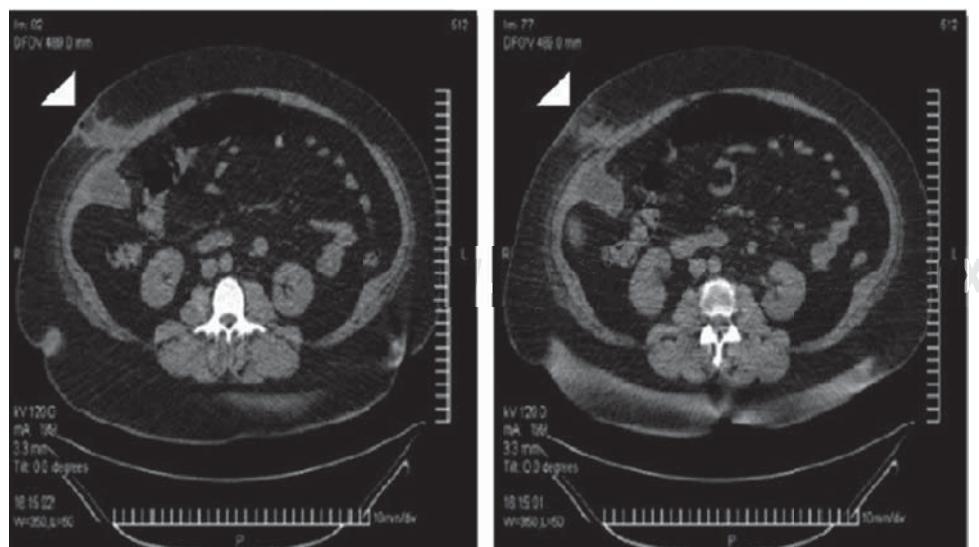


Figura 1.

Tomografía de abdomen; se observa vía biliar sin dilatación, sin datos de fuga biliar a cavidad abdominal o colecciones, con trayecto fistuloso a pared abdominal.



**Figura 2.**

Durante la cirugía, se encuentra fondo de la vesícula adherido en su totalidad a la pared abdominal y trayecto fistuloso del fondo al techo de la pared.



**Figura 4.** Se realiza disección retrógrada de la vesícula biliar y se verifica lecho quirúrgico.

**Figura 3.** En la colecistectomía se realiza maniobra de Strasberg, identificando el cístico, la arteria cística, los cuales se engrapan y cortan.



**Figura 5.** Se encuentra el fondo vesicular firmemente adherido a la pared abdominal con múltiples litos en su interior.

es la colecistectomía y resección del trayecto fistuloso.<sup>5</sup> En los últimos 50 años se han publicado en la literatura mundial aproximadamente 16 casos de fistulas colecistocutáneas espontáneas y más del 90% de los casos se asocian a cuadros de colecistitis litiásica.<sup>7</sup> Sin embargo, ha disminuido la incidencia de esta patología debido al diagnóstico temprano de los procesos vesiculares agudos, por lo que no es frecuente encontrar este tipo de fistulas espontáneas en la población general.

## CONCLUSIONES

El manejo laparoscópico de las fistulas colecistocutáneas es seguro y se asocia con menor riesgo para los pacientes, especialmente en aquéllos con comorbilidades.<sup>2</sup> El presente caso sirve como anecdotario, para no olvidar las potenciales complicaciones de los pacientes que no son tratados oportunamente.

## REFERENCIAS

1. Arshad HM, Nadeem M, Ockrim J. Complete laparoscopic management of cholecystocutaneous fistula. *Ulster Med J*. 2007; 76: 166-167.
2. Ijaz S, Lidder S, Mohamid W, Thompson H. Cholecystocutaneous fistula secondary to chronic calculous cholecystitis. *Case Rep Gastroenterol*. 2008; 2: 71-75.
3. Flora HS, Bhattacharya S. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *HPB*. 2001; 3: 279-280.
4. Ioannidis O, Paraskevas G, Kotronis A, Chatzopoulos S, Konstantara A, Papadimitriou N et al. *Ann Ital Chir*. 2012; 83: 67-69.
5. Khan A, Rajendran S, Murphy M, O'Hanlon D. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *BMJ Case Reports*. 2011; 10: 1136.
6. Cruz RJ, Nahas J, de Figueiredo LF. Spontaneous cholecystocutaneous fistula: a rare complication of gallbladder disease. *Sao Paulo Med J*. 2006; 124: 234-236.
7. Ortiz-Aparicio FM, Guzmán-Díaz JM, Guzmán-González JV. Fístula colecisto-umbilical espontánea secundaria a colecistolitiasis. *Rev Cient Cienc Méd*. 2009; 12: 18-21.