

Fístula colecistocutánea espontánea

Spontaneous Cholecystocutaneous Fistula

Yusleidy Jiménez García^{1*} <https://orcid.org/0000-0003-0399-5819>

Luisbel Correa Martínez¹ <https://orcid.org/0000-0002-8739-8490>

Diana Ivis Gámez Blanco¹ <https://orcid.org/0000-0003-2530-8098>

Letty Francés Angueira¹ <https://orcid.org/0000-0002-0346-3698>

¹Universidad de Ciencias Médicas de Pinar del Río, Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado”. Pinar del Río, Cuba.

*Autor para la correspondencia: yjg860917@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La incidencia de fístula colecistocutánea ha disminuido debido al abordaje quirúrgico precoz de los pacientes con litiasis vesicular.

Objetivo: Presentar un caso de fístula colecistocutánea secundaria a colecistopatía litiásica crónica.

Caso clínico: Paciente femenina de 87 años de edad que fue atendida en los servicios de urgencia de cirugía luego de haber sufrido, 2 semanas antes, dolor en hipocondrio derecho acompañado de aumento de volumen progresivo de dicha región. Al examen físico se constató secreción espontánea de bilis oscura de carácter continuo por orificio fistuloso. Se decide llevar al salón de operaciones y se le realizó colecistectomía de cuello a fondo y colangiografía transcística visualizándose litos. Se procedió a realizar coledocotomía, extracción de cálculos con lavado de la vía biliar y se colocó sonda en T. La evolución fue satisfactoria.

Conclusiones: El tratamiento combinado de cirugía y antibioterapia es curativo.

Palabras clave: fístula colecistocutánea; colecistectomía; perforación.

ABSTRACT

Introduction: The incidence of cholecystocutaneous fistula has decreased due to the early surgical management of patients with vesicular lithiasis.

Objective: To present a case of cholecystocutaneous fistula secondary to chronic lithiasic cholecystopathy.

Clinical case: An 87-year-old female patient was attended in the emergency surgical services after having suffered, two weeks earlier, pain in the right hypochondrium accompanied by progressive increase in volume in that region. Physical examination revealed spontaneous discharge of dark bile continuously through a fistulous orifice. The patient was decided to be taken to the operating room, where she was performed a profound infundibulum cholecystectomy and transcystic cholangiography, lithiasis being visualized. The next considered step was choledochotomy for stone extraction with bile duct lavage, and a T-tube was placed. Evolution was satisfactory.

Conclusions: The treatment combining surgery and antibiotic therapy is curative.

Keywords: cholecystocutaneous fistula; cholecystectomy; perforation.

Recibido: 08/04/2021

Aceptado: 07/05/2021

Introducción

La fístula colecistocutánea espontánea se define como una comunicación de la vesícula biliar con el entorno externo a través de la rotura de la pared abdominal; no ha sido precedida de cirugía biliar ni de trauma. Los primeros informes fueron escritos en el siglo XVII por Thilesus y posteriormente fue descrita como una complicación de la perforación de la vesícula biliar por Courvoisier, quien notificó 169 casos en 1890.⁽¹⁾

La presencia de dolor abdominal crónico en epigastrio e hipocondrio derecho asociado a tumoración abdominal palpable y secreción purulenta por la piel deberían ser reconocidos como síntomas y signos suficientes para sospechar la enfermedad.⁽²⁾

Los ancianos pueden tener síntomas atípicos de enfermedades de la vía biliar y así llegar a desarrollar fistula colecistocutánea, que se presenta típicamente en mujeres.⁽³⁾ En Cuba la población anciana en el 2021 fue el 16,19 %. Se estima que la población en edad de trabajar será menos del 60 % de la población total en el año 2037. La población anciana será más del doble de la población joven en 2037; representará el 36,11 % de la población de Cuba en 2100. El problema del envejecimiento de la población es grave;⁽⁴⁾ condición que pudiese aumentar la incidencia y prevalencia de fistulas colecistocutánea con presentaciones atípicas. Entre sus causas se destacan: neoplasias vesiculares, anomalías anatómicas, episodio agudo o crónico de inflamación en la vesícula biliar, así como deberse a la presencia crónica de cálculos biliares. La litiasis vesicular la causa más frecuente, ya que el aumento de la presión intraluminal compromete la circulación parietal, lo cual condiciona isquemia, necrosis, perforación, translocación bacteriana y finalmente, abscesos peritoneales o comunicación con la pared abdominal que producirá fístulas externas.⁽⁵⁾

El examen ecográfico es una técnica adecuada para valorar la vesícula biliar e identificar el trayecto fistuloso, aunque su utilidad es limitada para la evaluación completa de la fístula. La resonancia magnética con colangiopancreatografía es útil en el diagnóstico de estos procesos. La tomografía computarizada con fistulografía se considera la prueba de imagen con mayor valor diagnóstico, ya que posibilita la confirmación de la comunicación entre la fístula y la vesícula biliar.⁽⁶⁾

El tratamiento combinado de cirugía y antibioterapia se considera curativo, con pronóstico favorable en la mayoría de los casos.⁽⁶⁾

La fístula colecistocutánea es una rara complicación de la colecistitis aguda. Su frecuencia es muy baja, dado el diagnóstico y tratamiento precoz de la enfermedad de la vía biliar,⁽¹⁾ Es de interés el conocimiento de esta enfermedad, porque puede generarse de nuevo a pesar de su presentación infrecuente. En ocasiones pasa desapercibida y se trata como una de las formas de presentación de la tuberculosis en piel, como es el caso reportado por Santos y otros,⁽⁷⁾ de ahí que su tratamiento constituya una necesidad para los nuevos tratantes.

El objetivo de estudio fue presentar un caso de fístula colecistocutánea secundaria a colecistopatía litiásica crónica.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina de 87 años de edad con antecedentes relativos de salud, hijo diabético, niega transfusiones, operaciones y alergias medicamentosas, fumadora y tomadora de café. Fue recibida en los servicios de urgencia de cirugía general del Hospital General Docente “Abel Santamaría Cuadrado” de Pinar del Río, luego de haber sufrido, hacía 2 semanas, dolor en hipocondrio derecho acompañado de síntomas dispépticos, notó aumento de volumen progresivo de las regiones hipocondrio, flanco derecho y peri umbilical 24 horas previas a asistir al hospital. No declaró otros síntomas acompañantes. Al examen físico general se manifestó consciente, cooperativa y bien orientada. Su pulso, temperatura corporal y presión arterial eran normales. Al examen físico se constató aumento de volumen en las regiones descritas con signos inflamatorios y secreción espontánea de bilis oscura de carácter continuo por orificio fistuloso (fig. 1) además ligera molestia a la palpación sin signos peritoneales.



Fig. 1- Masa en pared abdominal.

Se realizaron complementarios de laboratorio reportándose leucocitosis y neutrofilia. La ultrasonografía informó vesícula biliar que mide 127 x 54 mm con

pared anterior gruesa e irregular de 4,4 mm y presencia de bilis de éxtasis. Colédoco proximal dilatado que impresiona con litos en su interior. En mesogastrio, hipocondrio y flanco derecho se observó una imagen ecolúcida de contornos irregulares que midió aproximadamente 95 x 55 mm con tabiques en su interior en contacto con la vesícula biliar.

El diagnóstico fue fístula colecistocutánea secundaria a colecistitis crónica litiásica y colédocolitiasis. Se decidió llevar al salón de operaciones.

Se realizó laparotomía, se encontró colección de bilis a nivel de partes blandas y trayecto fistuloso desde el cuerpo vesicular adherido al peritoneo parietal hasta la piel. Se observó vía biliar principal dilatada, palpándose cálculos en su interior. Se ejecutó colecistectomía de cuello a fondo y se constató vesícula de gran tamaño con marcado engrosamiento de su pared y cálculos en su interior (fig. 2). Se decidió efectuar colangiografía transcística visualizándose litos. Se procedió a coledocotomía y extracción de cálculos con lavado de la vía biliar. Se colocó sonda en T. Se completó la cirugía con lavado de la cavidad, drenaje subhepático, fistulectomía y reparación del defecto parietal; el cierre fue con puntos de seguridad.



Fig. 2- Pieza quirúrgica: vesícula biliar, litiasis vesicular.

El posoperatorio inmediato sin complicaciones. Durante su tercer día presentó infección de la herida quirúrgica con signos inflamatorios locales y secreción seropurulenta por su tercio inferior, se decidió abrir y realizar curas húmedas

diarias con excrecis de tejido desvitalizado y se mantuvo esquema antimicrobiano de amplio espectro. La evolución fue satisfactoria.

Al sexto día se le realizó colangiografía a través de sonda en T, se observó paso adecuado del contraste hasta el duodeno con permeabilidad de la vía biliar principal (fig. 3); se decidió retirar el drenaje abdominal subhepático.



Fig. 3- Colangiografía a través de sonda en T con permeabilidad de la vía biliar.

La sonda en T se manejó con pinzamiento progresivo postprandial según lo protocolizado hasta su retiro a los 11 días.

Debido a la evolución favorable se egresó con seguimiento en consulta externa. Pasado 15 días del alta hospitalaria se reevaluó la paciente, quien presentaba estado general bueno, sin alteraciones propias de la cirugía. Se practicó cierre de la herida quirúrgica por tercera intención y se egresó para el hogar con seguimiento por el área de salud.

Discusión

Las fístulas biliares se clasifican en internas y externas. En el caso de las internas, el 75 % comunican con duodeno; el 15 % con colon; y el 10 % con yeyuno, estómago o bronquios. En las externas la comunicación se establece con cualquier parte de la cara anterior del tronco y son extremadamente raras, con menos de 100 casos reportados en la literatura médica.⁽²⁾

Se describe que la fístula colecistocutánea puede ser secundaria a episodio agudo o crónico de inflamación en la vesícula biliar, así como deberse a la presencia crónica de cálculos biliares, traumatismo o cirugía abdominal, aunque también se han descrito con menor incidencia casos asociados a carcinoma de la vesícula biliar.⁽⁵⁾

En el caso descrito se encontró como causa principal del proceso presencia de cálculos biliares; siendo esta la causa más frecuente de fistulas colecistocutánea espontáneas.^(1,5,8)

La fisiopatogenia de esta enfermedad se caracteriza por la predisposición a la formación de adherencias debidas al estado inflamatorio y la distensión de la vesícula biliar, como consecuencia del desarrollo de colecistitis y/o colelitiasis.⁽²⁾ Estas adherencias, con frecuencia, se inician en la zona del fondo de la vesícula biliar e involucran al peritoneo, el parénquima hepático y la pared abdominal. La formación de la fístula suele ser secundaria a la rotura de dicha vesícula biliar y presenta un único trayecto.^(2,3,5)

El caso descrito no presentó perforación del fondo de la vesícula sino del cuerpo adhiriéndose firmemente a la pared abdominal, hecho que en relación con la tensión de la vesícula biliar por drenaje deficiente condicionó la formación de la fistula colecistocutánea.

La fistula colecistocutánea suele drenar con mayor frecuencia en el hipocondrio derecho (48 % de los casos) a nivel umbilical (27 % de los casos) y se describen casos que han drenado en cara anterior de la pared torácica, región glútea y la ingle.^(1,5,8)

En el caso presentado la fístula drena mediante una abertura en la piel a nivel de hipocondrio derecho presentándose una supuración biliosa oscura de carácter

continuo, elemento que permitió establecer el diagnóstico clínico de la enfermedad.

La secreción fistulosa suele ser eventual o constante y de naturaleza líquida purulenta, biliosa o una mezcla de ambas, e infrecuentemente pueden aparecer restos o fragmentos de cálculos biliares.⁽⁵⁾

La evidencia de apertura fistulosa en piel puede tener un diagnóstico diferencial con otros procesos como granuloma piogénico, quiste epidérmico infectado,⁽⁶⁾ tuberculoma de descarga, carcinoma metastásico u osteomielitis crónica costal.⁽⁹⁾

Las pruebas de imagen son importantes para llegar al diagnóstico definitivo, o al menos, altamente presuntivo ya que posibilita la confirmación de la comunicación entre la fístula y la vesícula biliar.^(3,10,11)

El examen ecográfico de la zona fistulosa y del abdomen aportó información relevante, ya que describió signos ecográficos compatibles con colecistitis crónica y permitió inferir el origen de la fístula cutánea. Se observaron adherencias a la pared abdominal y comunicación de la colección de partes blandas con la vesícula biliar.

El manejo de la fístula colecistocutánea depende de su etiología. En los casos secundarios a colecistitis, durante la fase aguda, algunos sugieren tratamiento conservador con antibióticos de amplio espectro y drenaje del absceso-fístula si fuese preciso.⁽¹⁰⁾

Posteriormente el tratamiento definitivo será la colecistectomía y resección del trayecto fistuloso. La vía de abordaje habitual es la incisión subcostal derecha o laparotomía media. Sin embargo, algunos autores^(7,11) plantean una colecistectomía laparoscópica y un cierre de la fístula por segunda intención, lo que puede disminuir el estrés quirúrgico asociado, el riesgo y las complicaciones. Cuando la fístula colecistocutánea espontánea se encuentra asociada a otras complicaciones como son la colédocolitis se recomienda para esta última como pilar de tratamiento la colecistopancreatografía retrógrada endoscópica por ser inocua y efectiva.⁽¹¹⁾

El tratamiento usado fue la laparotomía con colecistectomía, fistulectomía, lavado de la vía biliar con extracción de cálculos, uso de la sonda en T y reparación del defecto de la pared abdominal, con resultados satisfactorios.

Consideraciones finales

La colecistectomía de cuello a fondo con colangiografía transcística, coledocotomía y extracción de cálculos con lavado de la vía biliar y uso de sonda en T, lavado de la cavidad, drenaje subhepático; fistulectomía y reparación del defecto parietal con puntos de seguridad puede ser una alternativa con resultados satisfactorios para el manejo de fístula colecistocutánea espontánea acompañada de colédocolitis.

Referencias bibliográficas

1. Mukesh S, Pawan S, Kshama N. Spontaneous Cholecysto-Cutaneous. Fistula Draining Through an Old Abdominal Surgical Scar. Polish Journal of Radiology. 2016 [acceso 21/03/2021];81:498-501. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5081238/>
2. Santos Seoane SM, Díaz Fernández V, Arenas García V. Fístula colecistocutánea. Rev Esp Enferm Dig. 2019 [acceso 21/03/2021];111(5):407-8. Disponible en: https://online.reed.es/DOI/PDF/ArticuloDOI_5882.pdf
3. Rinzivillo Angelo NM, Danna R, Zanghí Nicola G. Case Report: Spontaneous cholecystocutaneous fistula, a rare cholethiasis complication. PubMed central. 2017 [acceso 21/03/2021];6:1768. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5698921/>
4. Wilmoth J. Pirámides de población. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, World Population Prospects; 2019 [acceso 21/03/2021]. Disponible en: <https://www.population-pyramid.net/es/pp/cuba>
5. Carrillo JD, Laredo FG, Soler M, Murciano J, Bernabé A, Gómez-Sánchez MA, *et al.* Fístula colecisto-cutánea espontánea: a propósito de dos casos clínicos. Clin Vet Peq Anim. 2019 [acceso 21/03/2021];39(4):221-6. Disponible en: <https://www.clinvetpeqanim.com>
6. Waheed A, Mathew G, Tuma F. Cholecystocutaneous Fistula. StatPearls. 2020 [acceso 21/03/2021]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK448112/>

7. Santos Neto C, Alves AS, da-Silva MCSP, Pinto SM. Fístula colecistocutánea. Informes de casos Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 2016 [acceso 21/03/2021];(4):1-3. Disponible en: <https://relatosdocbc.org.br/detalhes/8/fistula-colecistocutanea>
8. Moreno A, de la Fuente M, Rodríguez E, de la Cruz F. Fístula colecistocutánea espontánea. Rev. Chil Cir. 2015 [acceso 29/03/2021];67(4):413-5. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-40262015000400011&lng=es
9. Nari G, Molina L, Ortega E, Rivera G, Barrionuevo L. Absceso perivesicular con compromiso de la pared abdominal. Una rara forma de presentación de patología biliar en el siglo XXI. Rev. Argent Cirug. 2017 [acceso 29/03/2021];109(3):138-9.
10. Gómez RV, Montes RLA, Vásquez RCA. Rotura espontánea de vesícula biliar sana, reporte de caso y revisión de literatura. Aten Fam. 2020 [acceso 21/03/2021];27(2):100-3. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2020/af202g.pdf>
11. Lofgren HD, Vasani S, Singzon V. Abdominal Wall Abscess Secondary to Cholecystocutaneous Fístula vía Percutaneous Cholecystostomy Tract. Cureus. 2019 [acceso 21/03/2021]11(4):e4444. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6561527/>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.