

Absceso perivesicular con compromiso de la pared abdominal. Una rara forma de presentación de patología biliar en el siglo XXI

Peri gall-bladder abscess with abdominal wall involvement. A rare form of presentation of biliary pathology in the 21 st century

Gustavo Nari, Lino Molina, Elías Ortega, Gastón Rivera, Luis Barrionuevo

Servicio de Cirugía General, Hospital Tránsito Cáceres de Allende. Córdoba. Argentina

Correspondencia:
Gustavo Nari
e-mail: gusnari@hotmail.com

RESUMEN

La fístula colecistocutánea es, en la actualidad, una forma infrecuente de presentación de enfermedades de la vesícula biliar. Las causas más comunes son la litiasis vesicular y el cáncer de vesícula biliar. Se presenta en este trabajo un raro caso de fístula colecistocutánea secundaria a colelitiasis.

■ **Palabras clave:** *fístulas biliares, litiasis biliar, complicaciones.*

ABSTRACT

Cholecystocutaneous fistulae are a rare form of presentation of gallbladder disease. Biliary lithiasis and gallbladder cancer are the main etiologic causes. A rare case of cholecystocutaneous fistula secondary to cholelithiasis is presented in this paper.

■ **Keywords:** *biliary fistulam, biliary lithiasis, complications.*

Recibido el
04 de febrero de 2017
Aceptado el
14 de abril de 2017

La manifestación de patología biliar a través de la formación de un absceso perivesicular y la posterior formación de una fístula colecistocutánea es sumamente rara¹⁻⁵. El primero en informar una fístula colecistocutánea fue Thilesius en el año 1670¹⁻⁵; la rareza de esta forma de presentación en nuestros días radica fundamentalmente en dos hechos: el primero es que inusualmente la patología biliar complicada lo hace hacia el exterior, y el segundo, que los métodos diagnósticos complementarios de diagnóstico actuales nos permiten llegar al diagnóstico de la patología biliar de manera más temprana.

Presentamos el caso de un paciente de sexo masculino de 64 años, que consulta por tumoración en hipocondrio derecho, astenia, anorexia, pérdida de peso de 8 kilogramos en 1 mes, fiebre y dolor continuo sin irradiación. Al examen físico se observa tumoración dura que no fluctúa en hipocondrio derecho con aéreas dérmicas enrojecidas, con aumento de temperatura. Se realiza ecografía que informa litiasis vesicular, hígado de aspecto nodular en región perivesicular y probable absceso. Se efectúa tomografía computarizada (TC) abdominal que muestra vesícula biliar aumentada de ta-

maño y comunicada con la colección (Figs. 1 y 2). Con diagnóstico de absceso perivesicular vs. fístula colecistocutánea se decide intervención quirúrgica que confirma el diagnóstico de absceso perivesicular por ruptura del fondo vesicular formando un trayecto fistuloso hacia la piel. La vesícula biliar tenía forma de reloj de arena en cuyo compartimento correspondiente al fondo (*fundus*) se encontraba un lito de gran tamaño que había horadado completamente la pared vesicular, el peritoneo y se comunicaba con el absceso. Se realizó colecistectomía y una incisión cutánea sobre la tumoración para evacuar el contenido, y se colocó drenaje tipo rubber en la cavidad del absceso.

El paciente evolucionó favorablemente y fue dado de alta al 4º día del posoperatorio. Permanece sintomático después de 6 meses de la cirugía y con recuperación ponderal.

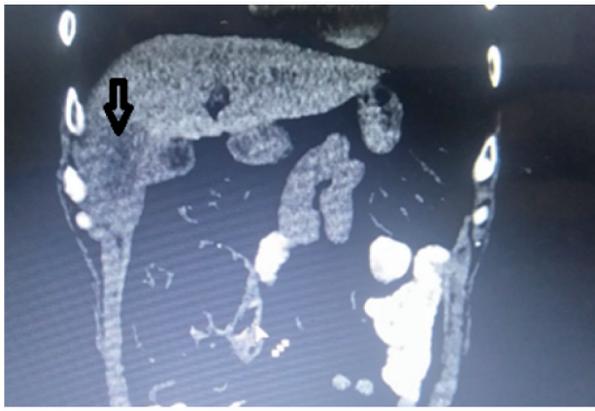
El advenimiento de la ecografía y su masificación para el diagnóstico de diferentes patologías encontró en la patología hepatobiliar una de sus indicaciones predilectas, favoreciendo el diagnóstico cada vez más temprano de las enfermedades de este sistema y reduciendo en su tratamiento más temprano. Las fístu-

FIGURA 1



Tomografía axial donde se objetiva la vesícula biliar en relación con la colección. La flecha negra muestra la colección en contacto con la vesícula biliar

FIGURA 2



Tomografía axial donde se objetiva la vesícula biliar en relación con la colección. La flecha negra muestra la colección en relación con la vesícula biliar y la piel.

las de la vesícula biliar son por este motivo cada vez más raras³. Estas fístulas pueden ser internas o externas; las primeras son por lejos las más comunes y en orden de frecuencia se comunican con duodeno, colon y yeyuno, menos frecuentemente con estómago, bron-

quios, etc.⁴. Las fístulas externas o colecistocutáneas son francamente raras; la primera descripción la realizó Thilesus en 1670^{1,3}; en 1890, Curvoisier informa 169 casos y se refieren en la literatura, hasta el año 2000, 226 casos, desde 2000 hasta el año 2014 Álvarez y cols.² comunican 23 casos². Flora y cols.⁵ refieren que el 45% de las comunicaciones con la piel se hacen hacia el hipocondrio derecho, el 27% hacia el ombligo y el resto se distribuye entre la región lumbar, la fosa ilíaca derecha y la región glútea. En el caso que compartimos, la fístula se dirigió hacia el hipocondrio derecho. La litiasis y el cáncer vesicular son las causas más frecuentes, si bien en el cáncer del fondo vesicular la invasión de la pared podría ser una de las formas en que se produce la afectación parietal; el principal mecanismo de formación de una fístula colecistocutánea sería el aumento de la presión intraluminal del colecisto que conduciría a la disminución de la perfusión, necrosis y posterior perforación con formación de un absceso que, en vez de abrirse a la cavidad abdominal, labra su trayecto hacia la piel^{2,4}.

Como métodos complementarios de diagnóstico, además de la ecografía y los análisis de laboratorio, pueden ser necesarios la tomografía computarizada, la colangiografía, ERCP e incluso la fistulografía. El tratamiento estará dictado por la enfermedad de base: en caso de litiasis, la colecistectomía con la adecuada *toilette* del trayecto fistuloso será lo apropiado; en aquellos casos de un cáncer vesicular deberá pensarse en darle el tratamiento oncológico acorde con el estadio tumoral. Es importante tener en cuenta que la realización de la colangiografía intraoperatoria es obligatoria, ya que más allá de demostrar la indemnidad de la vía biliar ayudará a descartar la presencia de coledocolitiasis altamente asociada a este tipo de fístulas².

En nuestro paciente hallamos un gran lito que había roto el fondo de la vesícula biliar y el peritoneo parietal y estaba prácticamente en contacto con la cara posterior de la costilla, mientras que el cuerpo, el bacinete y la región del triángulo de Calot presentaban una anatomía normal que facilitó la remoción completa del colecisto. El paciente evolucionó favorablemente y se encuentra asintomático a 6 meses de la cirugía.

Referencias bibliográficas

1. Sodhi K, Athar M, Kumar V, Sharma I, Husain N. Spontaneous Cholecysto-Cutaneous Fistula Complicating Carcinoma of the Gall Bladder: A Case Report. *Indian J Surg.* 2012; 74:191-3.
2. Álvarez F, Meraldi A, Emery N, Bogetti D, Young P. Fístula colecistocutánea espontánea en una paciente mayor. *Rev Med Chile.* 2014; 142:1076-7.
3. Ugalde Serrano P, Solar García L, Miyar de León A, González-Pinto Arrillaga I, González González J. Fístula colecistocutánea como forma de presentación del adenocarcinoma de vesícula biliar. *Cir Esp.* 2013; 91:390-9.
4. Guardado-Bermúdez F, Aguilar-Jaimes A, Ardisson-Zamora FJ, Guerrero-Silva LA, Villanueva-Rodríguez E, Gómez-de Leijac NA. Fístula colecistocutánea espontánea. *Cir y Ciruj.* 2015; 83: 61-4.
5. Flora HS, Bhattacharya S. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *HPB.* 2001; 3:279-80.