



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).

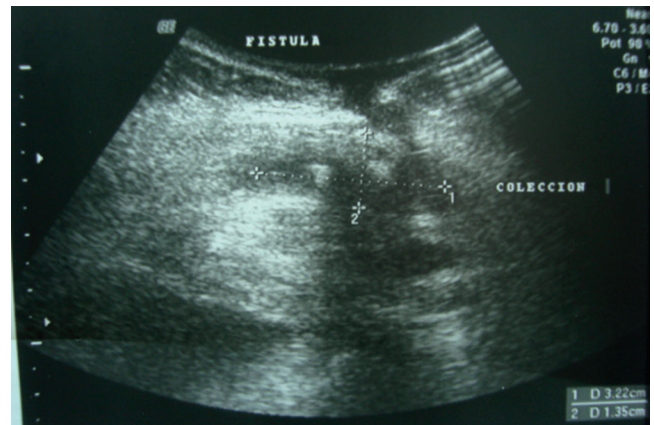


Figura 2 Ultrasonido de pared abdominal.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4283208>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4283208>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)