



# REVISTA DE GASTROENTEROLOGÍA DE MÉXICO

[www.elsevier.es/rgmx](http://www.elsevier.es/rgmx)



## CARTA CIENTÍFICA

### Fístula colecistocutánea, una patología poco común en la actualidad



### Cholecystocutaneous fistula, an uncommon pathology today

Descrita por primera vez en 1670 por Thilesus<sup>1</sup>, la fístula colecistocutánea (FCC) es la comunicación de la vesícula biliar con el medio externo a través de la rotura de las capas de la pared abdominal, consolidándose un trayecto fistuloso<sup>2</sup>. En el siglo XIX (1890) Courvoisier reportó 169 casos de una serie de 499 perforaciones de la vesícula. Henry y Orr publicaron la última serie de 37 casos en 1949<sup>3</sup>.

Presentamos el caso de una paciente de 73 años sin antecedentes crónico-degenerativos o quirúrgicos. Inició dos semanas previas a su internamiento con aumento de volumen en el flanco izquierdo. Una semana antes presentó hiperemia e hipertermia local; posteriormente se agregó exudado de aspecto verde a través de la cicatriz umbilical, fétido, así como dolor abdominal de intensidad moderada, por lo que acudió a valoración. A su ingreso, presentó los siguientes signos vitales: presión arterial de 110/60 mmHg, 105 lpm, 16 rpm y temperatura de 37.8 °C. A la exploración física no se encontró defecto herniario, únicamente presencia de exudado aparentemente intestinal fétido, que drenaba a través de la cicatriz umbilical, el flanco izquierdo con pared hipertérmica e hiperémica de aproximadamente 8 × 10 cm, indurado, con dolor severo a la palpación, rebote presente y peristalsis disminuida (fig. 1). Laboratoriales con hemoglobina de 10 g/dl, leucocitos de 3.8 cel/mm<sup>3</sup>, neutrófilos 98%, con granulaciones tóxicas, plaquetas 150.000, sodio 129 mmol/l, potasio 2.9 mmol/l, cloro 115 mmol/l, glucosa 76 mg/dl y creatinina de 2.1 mg/dl. Debido a los datos de irritación peritoneal, asociada a respuesta inflamatoria sistémica (taquicardia, leucopenia y neutrofilia), y al no poder obtener un estudio de imagen, se decidió por una intervención quirúrgica de urgencia, con sospecha de sepsis abdominal con probable fístula enterocutánea. Se realizó laparotomía exploradora, obteniendo como hallazgos: absceso en la pared abdominal de 300 ml, con comunicación a la cavidad abdominal y destrucción de aponeurosis con defecto de 12 × 15 cm y presencia de fístula colecistocutánea a nivel de la cicatriz umbilical (fig. 2), por lo que se realizó fistulectomía; no se visualizó presencia de litos (fig. 3). El cierre de la aponeurosis se realizó a tensión, descartándose el uso de material protésico debido al tipo de intervención. Durante el postoperatorio se administró carbapenémico, cursando con evolución favorable, por lo que se decidió su egreso.



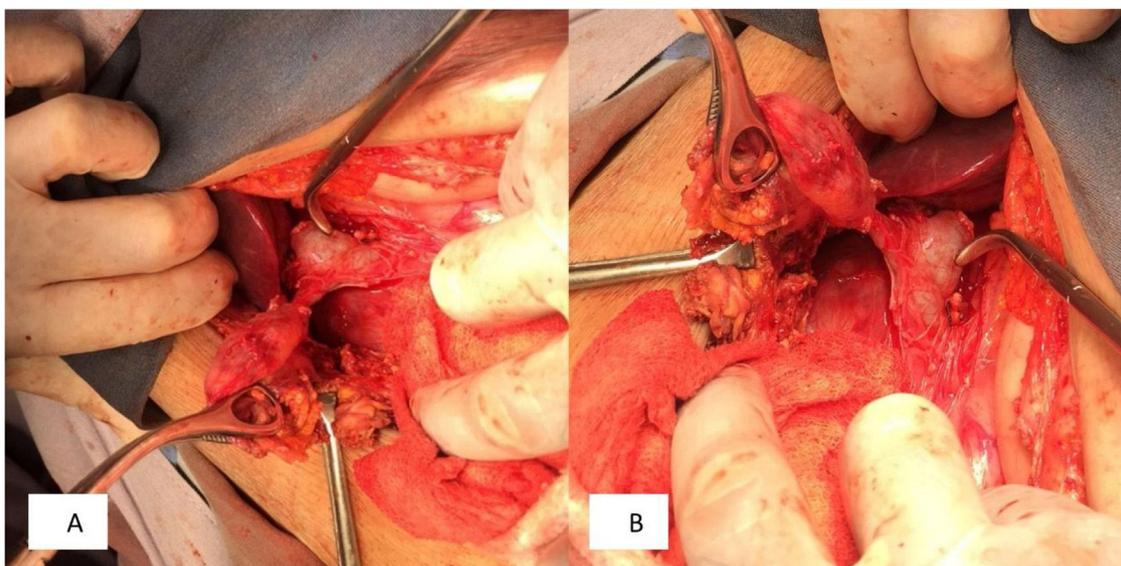
**Figura 1** Pared anterior del abdomen con presencia de exudado.

La FCC representa del 8 al 26.5% de las fístulas colecistoentéricas y es la segunda fístula más común, después de la colecistoduodenal. De acuerdo con Costi et al., la relación mujer/hombre es de 2.47/1. La edad media de los pacientes al momento del diagnóstico es de 68.9 años (rango 37-90) y, en particular, 70.8 años en los artículos occidentales y 62.1 en los orientales<sup>4</sup>.

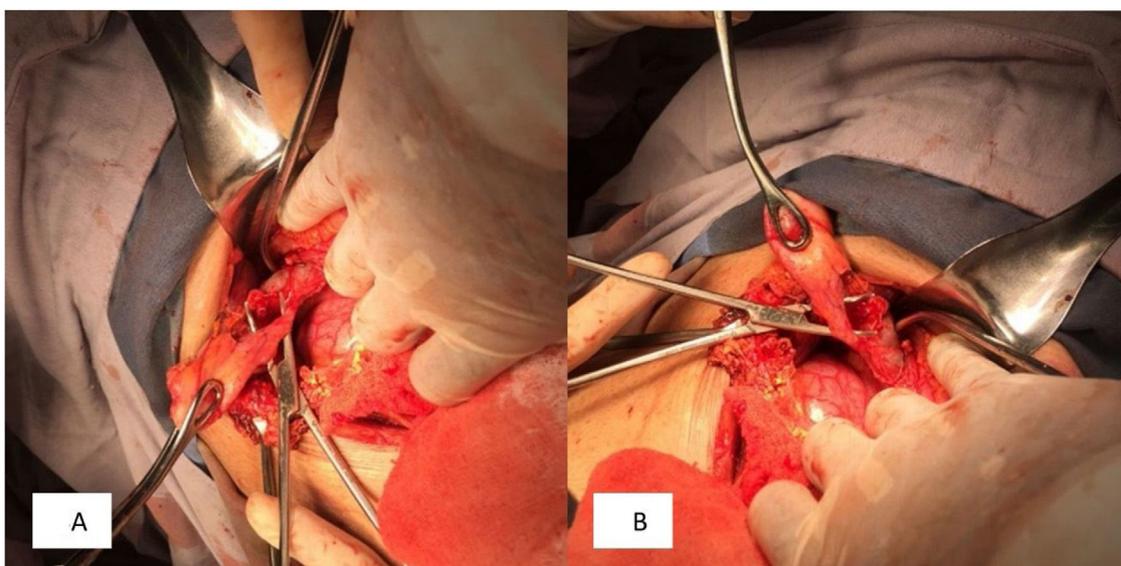
Entre sus causas destacan: neoplasias vesiculares, anomalías anatómicas y relacionadas con procedimientos quirúrgicos, aunque la mayoría están asociadas a litiasis vesicular<sup>5</sup>. Se han descrito algunos factores predisponentes: poliarteritis nodosa, tratamiento con corticoesteroides, fiebre tifoidea y traumatismos<sup>3,6</sup>.

La fisiopatología comienza con el aumento de la presión intraluminal de la vesícula biliar secundario a la obstrucción por litos, impidiendo el flujo sanguíneo y el drenaje linfático, resultando en necrosis y perforación de la pared; lo anterior puede ser un evento agudo que derive en peritonitis y abscesos perivesiculares o un proceso crónico que conduzca a la formación de fístulas internas y externas, principalmente desde el fondo de la vesícula<sup>1</sup>. La perforación de la vesícula generalmente acontece a nivel del fundus<sup>6</sup>.

Las fístulas biliares se clasifican en dos grupos: internas y externas; estas últimas presentan comunicación a cualquier parte de la cara anterior del tronco. En el caso de las fístulas internas, el 75% se comunica a duo-



**Figura 2** A,B) Trayecto fistuloso vesícula biliar-pared abdominal.



**Figura 3** A,B) Conducto cístico de aproximadamente 5 mm con presencia de dilatación de la vía biliar, sin litiasis coledociana.

deno, el 15% a colon y el 10% a yeyuno, estómago o bronquios<sup>2</sup>.

La presentación de la fístula suele ser evidente al descargar bilis o cálculos por la pared abdominal, siendo el sitio más común de apertura el cuadrante abdominal superior y el flanco derecho o el orificio umbilical. Incluso puede estar presente en el margen costal del lado izquierdo, en la fosa ilíaca del lado derecho, en la ingle derecha o en el glúteo derecho. En ocasiones su presentación es más insidiosa y su diagnóstico más difícil, al drenar únicamente pus o formar abscesos subcutáneos<sup>6,7</sup>. Los abscesos son recurrentes, habitualmente sin otra sintomatología acompañante, y se han descrito incluso casos de fístula acalculosa. Ante la existencia de un absceso que persiste a múltiples drenajes, se debe suponer el diagnóstico, y es necesaria la realización de una

técnica de imagen habitual en aquellos casos con supuración o celulitis de pared inexplicada<sup>3</sup>.

La ecografía o la tomografía abdominal son útiles en el diagnóstico, pero la fistulografía es el estudio confirmatorio y nos permite visualizar su trayecto<sup>3</sup>. La fístula colecistocutánea puede tratarse con dos estrategias diferentes. La primera incluye un abordaje en dos pasos: drenaje percutáneo y antibióticoterapia, seguido de colecistectomía. La segunda implica directamente la ejecución de la colecistectomía por laparotomía en bloque, de los músculos aponeuróticos, así como la escisión de la piel y el orificio de la fístula. El tratamiento de abordaje en dos pasos se reserva para pacientes con sepsis y mal estado general<sup>8</sup>, tal como la paciente del presente caso.

## Consideraciones éticas

Los autores declaran haberse cumplido todas las responsabilidades éticas en cuanto a protección de datos, derecho a la privacidad y consentimiento informado.

No es necesaria la autorización del comité de ética de la institución ya que en ningún momento incumplen o violan normas de anonimato del paciente, ni se realiza algún procedimiento experimental que pusiere en riesgo la integridad del paciente.

Los autores declaran que este artículo no contiene información personal que permita identificar a los pacientes.

## Financiación

El presente trabajo no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no haber tenido ningún tipo de conflicto de intereses.

## Referencias

- Hernández-Avendaño V, Jiménez-López M. Fístula colecistocutánea: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Mex Cir Endoscop.* 2014;15:39–42.
- Guardado-Bermúdez F, Aguilar-Jaimes A, Ardisson-Zamora FJ, et al. Fístula colecistocutánea espontánea. *Cir Cir.* 2015;83:61–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.circir.2015.04.026>.
- Tallón-Aguilar L, López-Porras M, Molina-García D, et al. Cholecystocutaneous fistula: A rare complication of gallstones. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:553–4, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.02.012>.

- Costi R, Randone B, Violi V, et al. Cholecystocolonic fistula: Facts and myths. A review of the 231 published cases. *J Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2009;16:8–18, <http://dx.doi.org/10.1007/s00534-008-0014-1>.
- Santos-Seoane SM, Díaz-Fernández V, Arenas-García V. Fístula colecistocutánea. *Rev Esp Enferm Dig.* 2019;111:407–8, <http://dx.doi.org/10.17235/reed.2019.5882/2018>.
- Moreno BA, de la Fuente BM, Rodríguez CE, et al. Fístula colecistocutánea espontánea. *Rev Chil Cir.* 2014;67:413–5, <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-40262015000400011>.
- Pezzilli R, Barakat B, Corinaldesi R, et al. Spontaneous cholecystocutaneous fistula. *Case Rep Gastroenterol.* 2010;4:356–60, <http://dx.doi.org/10.1159/000320687>.
- Rinzivillo NMA, Danna R, Leanza V, et al. Case Report: Spontaneous cholecystocutaneous fistula, a rare choledithiasis complication. 2017;6:1768, <http://dx.doi.org/10.12688/f1000research.12235.1>.

E. Ballesteros-Suárez<sup>a,\*</sup>, F. Navarro-Tovar<sup>a</sup>, C.Z. Díaz-Barrientos<sup>b</sup>, E.I. Marín-Pardo<sup>a</sup> y E. Hernández-Pérez<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario de Puebla, Puebla, Puebla, México

<sup>b</sup> Servicio de Coloproctología, Hospital Universitario de Puebla, Puebla, Puebla, México

\* Autor para correspondencia. Avenida Cue Merlo 425 Interior 3, Colonia San Baltazar Campeche, C.P. 72550, teléfono 2223539033.

Correo electrónico: [ebs02@outlook.com](mailto:ebs02@outlook.com) (E. Ballesteros-Suárez).

<https://doi.org/10.1016/j.rgm.2022.05.009> 0375-0906/ © 2023 Asociación Mexicana de Gastroenterología. 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/>).

## Litotripsia electrohidráulica guiada por pancreatoscopia para el manejo de obstrucción del conducto pancreático principal por lito



## Pancreatoscopy-guided electrohydraulic lithotripsy for the management of main pancreatic duct obstruction due to a stone

La pancreatitis crónica es una enfermedad fibroinflamatoria progresiva que, además de provocar insuficiencia pancreática exocrina y alteraciones endocrinas, ocasiona dolor en la mayoría de los casos.

El manejo actual de pancreatitis crónica sintomática es escalonado. Se inicia con cambios en el estilo de vida y analgésicos, y finalmente puede necesitarse cirugía. El tratamiento endoscópico es una opción de manejo menos invasiva a la cirugía, y se considera de primera línea junto con la litotripsia extracorpórea por ondas de choque (LEOC) cuando existe obstrucción del conducto pancreático principal a nivel de la cabeza o cuerpo por lito<sup>1,2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 58 años de edad con pancreatitis crónica quien ha presentado dolor abdominal persistente y cuadros recurrentes de pancreatitis aguda desde hace varios años. Tiene el antecedente de colecistectomía laparoscópica y niega historia de consumo de alcohol importante. En su último cuadro de pancreatitis aguda, se realizó una tomografía computada de abdomen en la que se reportó un lito localizado aparentemente en colédoco intrapancreático. Fue referido a nuestro hospital para la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se complementó abordaje con una colangiografía magnética en la cual se observó que la imagen correspondiente al lito se encontraba en realidad en el conducto pancreático principal a nivel de la cabeza y con dilatación de dicho conducto (fig. 1 A y B). Se decidió llevar a cabo manejo con CPRE convencional para extraer el lito pancreático. Después de lograr canular el conducto pancreático, se avanzó una guía 0.035'' hasta topar con un lito radiopaco de 7 mm que no permitió mayor avance, por lo que no fue posible completar el procedimiento planeado (fig. 1C). Se realizó esfinterotomía y se colocó una prótesis plástica pancreática 5 Fr de manera temporal. Se realizó una segunda intervención en otro tiempo, que consistió en una CPRE