

Cartas al Editor

Fístula Biliocutánea Espontánea, Reporte de un Caso

La fístula biliocutánea es una enfermedad muy rara. En la literatura se han reportado 205 casos y desde 1890 solamente 36. Se presenta un paciente masculino de 68 años diagnosticado como portador de colelitiasis, quien 6 años después desarrolla una fístula biliocutánea espontánea. Fue tratado erróneamente como una enfermedad dermatológica por ausencia de síntomas gastrointestinales asociados en ese momento, y finalmente sometido a una colecistectomía.

La fístula biliar espontánea es una entidad extraordinariamente rara en la actualidad por razones obvias, como el adecuado tratamiento de la litiasis y la colecistitis aguda; además de la antibioterapia. Casos aislados han sido reportados, por lo cual hemos querido reportar uno más y revisar someramente la literatura al respecto.

En 1670, Thilesus¹ reportó el primer caso de la fístula biliar espontánea a consecuencia de una probable perforación asociada a litiasis. Courvoisier² publicó en 1890, 499 casos de perforación de la vesícula biliar, de los cuales 169 fueron reportados como fístula biliar espontánea a través de la pared abdominal. Naunyn³ en 1896 reportó 184 casos y en 1897 Bonnett 122, todas ellas no espontáneas, en ambos reportes.⁴ Posteriormente, otros autores han reportado casos aislados. En la revisión hecha por Clarke y colaboradores⁵ en 1948, y a ésta ellos agregan un caso, se suma un total de 205 casos de fístula biliocutánea espontánea. A partir de 1890 se han reportado solamente 36 casos, lo cual demuestra la rareza de esta entidad en la actualidad. Kuo, Y.C. y Wu, C.S.⁶ reportaron en 1990 un caso de fístula biliocutánea como complicación de un colangiocarcinoma.

La fístula biliar espontánea usualmente es el resultado de cálculos biliares y colecistitis supurada, con adherencia a la pared abdominal que impide la perforación libre a la cavidad peritoneal. Secundario a la perforación se forma un absceso en la pared abdominal, el cuál drena a través de la piel. El absceso generalmente se origina en el fondo de la vesícula y excepcionalmente en los canales biliares. A través de la perforación drena pus, en ocasiones cálculos y si hay recanalización del cístico, bilis. Por lo general después del drenaje del absceso se establece el trayecto fistuloso, con salida de líquido mucopurulento, o puede persistir solamente un sinus. La incidencia de esta patología ha sido reportada sobre todo en mujeres y después de la quinta década de la vida. Por la rareza en la actualidad de las fístulas biliocutáneas espontáneas es que hemos querido reportar este caso.

Se trata de un paciente masculino de 68 años de edad, agricultor, pensionado, vecino del Cantón de Mora. Su cuadro clínico comenzó en 1990 con dolor en el hipocondrio derecho. Fue

examinado en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios y se le realizó un ultrasonido en octubre de 1990, diagnosticándosele colelitiasis. El paciente rehusó la operación. Un año después en forma espontánea apareció una tumoración de tamaño no especificado, en el hipocondrio derecho, no dolorosa. Posteriormente sobre la tumoración se presentó una pápula de 2cm. de diámetro que drenó espontáneamente líquido blanquecino, no purulento. Fue tratado en la Clínica de Ciudad Colón con antibióticos tópicos y por vía oral. En abril de 1997 es visto en la consulta de Dermatología y es tratado con Septran y Neomicina. En julio de 1997 es nuevamente visto en la consulta externa del Hospital San Juan de Dios, en ese entonces al examen físico se encontró, como único dato positivo, una lesión única en el hipocondrio derecho, plana, seca, de 3 cm. de diámetro, hipercrómica, con una fístula central no dolorosa y que fue posible canalizar hasta 1 cm. de profundidad. Se ordena un nuevo ultrasonido en el cuál se observa una fístula colecistocutánea. El 13 de agosto de 1997, se practicó colecistectomía. En la intervención se encontró vesícula retraída, de tipo escleroatrófica, adherida a la pared abdominal y fistulizada a través de la misma a la piel.

La biopsia reveló vesícula escleroatrófica con litiasis múltiple. En la actualidad el paciente está asintomático.

Deseamos hacer énfasis en que por ser una enfermedad muy rara en la actualidad difícilmente se piensa en ella y como sucedió con nuestro paciente fue tratado por un largo tiempo como si se tratara de una enfermedad localizada a la piel.

Claudio Orlich Dundorf
Interno Universitario, Servicio de Cirugía #1 y Unidad de Cirugía Endoscópica, H.S.J.D.

Claudio Orlich Carranza
Miembro de número Academia Nacional de Medicina de Costa Rica. Catedrático de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad de Costa Rica. Jefe de Servicio Cirugía #1 y Unidad de Cirugía Laparoscópica, H.S.J.D.

Referencias

1. Thilesus, citado por Horhammer (Horhammer, C. Ueber extraperitoneale perforatio der Gallenblase, München Med. 1916; 63: 1451.
2. Courvoisier, L. Pathologie, und Chirurgie der Gallenwege, Leipzig. F.C.W. Vogel. 1890.
3. Naunyn, B. Treatise on Colelithiasis, 1892, English Translation by A.E. Garrod. New Sydenham Society, 1896.
4. Bonnet Fistule Biliaire cutanee. Lyon Med. 1897; 85:45.
5. Clarke, L. et als. Spontaneous External Biliary Fistulas. Surg. 26, 641:194.
6. Kuo, Y.C y Wu, C.S. Clin Gastroenterol. 1990; 12:451