

FÍSTULA COLECISTO-CUTÁNEA ESPONTÁNEA EN UN PERRO

Juana D Carrillo¹, Francisco G Laredo², Marta Soler², Jose Murciano², Antonio Bernabe³, Miguel a Gomez³, Amalia Agu²

1) Hospital Clínico Veterinario 2) Departamento de Medicina y Cirugía Animal 3) Departamento de Anatomía y Anatomía Patológica

INTRODUCCIÓN

La fístula colecisto-cutánea espontánea (FCCE) es un patología infrecuente en medicina humana¹ y veterinaria.²⁻⁴ Se asocia con enfermedades de vesícula biliar, traumatismos y cirugías abdominales, produciéndose una rotura de la vesícula biliar y formación de un trayecto fistuloso a través de la pared abdominal, conectando la vesícula biliar con la piel.^{1,2} El objetivo de este trabajo es describir la presentación y manejo de una FCCE asociada a una colecistitis en un perro.

DESCRIPCIÓN DEL CASO/S CLINICO/S

Se presenta en consulta un Bull-terrier, macho de 9 años con una fístula en abdomen craneal desde hacía 12 meses. Fue intervenido en tres ocasiones y en todas ellas la fístula recidivó un par de semanas tras la cirugía. Se trató con antibioterapia no mejorando el proceso clínico. En el examen físico se observó una abertura en piel con supuración justo en la zona lateral derecha a la apófisis xifoidea. El análisis sanguíneo era normal. El examen ecográfico evidenció la pared abdominal de la zona de la fístula engrosada y con ecogenicidad mixta, conteniendo numerosos pequeños ecos en el interior de una estructura tubular, compatible con un trayecto fistuloso, que se dirigía desde la apófisis xifoides en profundidad hacia el lado derecho. Se realizó una tomografía computarizada (TC) para caracterizar la fístula, observándose la pared de la vesícula biliar engrosada e irregular, conteniendo pequeñas estructuras isodensas. La localización de la vesícula biliar no era normal, situándose ventralmente y presentando adherencias a una estructura isodensa respecto a la musculatura abdominal, que se extendía hacia la pared abdominal, que tras la administración del contraste realizaba en anillo, siendo compatible con un trayecto fistuloso. La fistulografía en TC reveló una acumulación irregular del contraste en el tejido subcutáneo de la pared abdominal en el área ventrolateral, aunque no se visualizó en la vesícula biliar, hígado o tracto biliar. El diagnóstico presuntivo fue de colecistitis y presencia de una fístula que iba desde la piel hacia la zona de la vesícula biliar, que se encontraba alterada, sospechándose que la colecistitis podía ser el origen de la fístula cutánea.

Se realizó laparotomía exploratoria para reseca la fístula percutánea cuyo trayecto iba desde la piel, caudal a la apófisis xifoides, atravesaba la musculatura abdominal, presentando adherencias al pilar derecho del diafragma y finalizando en una estructura endurecida (vesícula biliar) con adherencias a la pared abdominal, pilar diafragmático, parénquima hepático y al omento. Se practicó la escisión del trayecto fistuloso y colecistectomía. La vesícula biliar presentaba un contenido gelatinoso con formas circulares.

Se remitió una muestra de la vesícula biliar para su estudio histopatológico, cuyo diagnóstico fue de colecistitis. Y se realizó un cultivo y antibiograma del contenido biliar aislándose *Escherichia coli*.

Se instauró un tratamiento antibiótico con cefalexina (20 mg/kg/12h/1semana). El paciente se recuperó sin complicaciones, no observándose recidivas hasta la actualidad.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La perforación de la vesícula biliar originando una FCCE es un proceso con muy baja incidencia, que puede ser secundario a un episodio agudo o crónico de inflamación en la vesícula biliar¹

o presencia crónica de cálculos biliares, aunque también se han descrito casos asociados a carcinoma de la vesícula biliar.^{1,3} Hasta donde saben los autores, solamente se han descrito tres casos de FCCE en el perro.²⁻⁴ La localización de la FCCE más frecuente en el hombre¹ y en el perro²⁻⁴ es en la pared torácica derecha. En el caso presente, la apertura de la fístula se encontraba en el cuadrante craneal medio derecho del abdomen.

El examen ecográfico es una técnica adecuada para valorar la vesícula biliar, aunque su utilidad es limitada para la evaluación de una fístula. A pesar de que la resonancia magnética con colangiopancreatografía es útil para el diagnóstico de estos procesos, la TC se considera la prueba de imagen de mayor utilidad en esta patología.^{2,5}

En este caso se hizo un examen ecográfico de la zona de la fístula y el abdomen, aunque la mayor información del proceso fue obtenida con la TC, donde se evidenció signos compatibles con la presencia de una colecistis, presuponiendo que fue el origen de la fístula cutánea.

El tratamiento de la FCCE, consiste en primer lugar estabilizar al paciente y controlar un posible estado de sepsis.⁵ Siendo el tratamiento curativo la realización de una colecistectomía con escisión del trayecto fistuloso,⁵ como se hizo en nuestro paciente.

En los resultados del cultivo del contenido biliar, la bacteria aislada fue la *Escherichia coli*, lo cual coincide con la bibliografía veterinaria, en la que se describe que los perros afectados con colangitis y colecistitis, las bacterias aisladas son: *Escherichia coli*, *Enterococcus spp* y *Clostridium*.⁶ La cefalexina es uno de los fármacos con mayor sensibilidad contra la *E Coli*, siendo en este caso el antibiótico que se administró.

El tratamiento combinado de antibioterapia y cirugía es curativo, siendo el pronóstico en la mayoría de los casos, y dependiendo de la etiología primaria, favorable,^{4,5} como ocurrió en este caso.

En conclusión, la FCCE debería considerarse dentro del diagnóstico diferencial en aquellos casos en los que se presente una fístula localizada en la pared abdominal en su porción craneal media-derecha en el perro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gupta V, Benerjee S, Garg H, Vyas S. Spontaneous cholecysto-antral-cutaneous fistula: a consequence of neglected calculus cholecystitis. *Singapore Med J*, 2012;53:e201-3.
2. Fabbi M, Volta A, Quintavalla F, Zubin E, Manfredi S, Martini FM, et al. Cholecystocutaneous fistula containing multiple gall stones in a dog. *Can Vet J*, 2014;55:1163-6.
3. Marquardt SA, Rochat MC, Johnson-Neitman JL. Spontaneous cholecystocutaneous fistula in a dog. *J Am Anim Hosp Assoc*, 2012;48:43-9.
4. Kligman KC, Jehn CT, Davis KM, Taylor DP, Conway JA. Spontaneous external biliary fistula in a dog. *J Am Vet Med Assoc*, 2007;231:919-23.
5. Surya M, Soni P, Nimkar K. Spontaneous cholecysto-cutaneous fistula draining through an old abdominal surgical scar. *Po J Radiol*, 2016;81:498-501.
6. Tamborini A, Jahns H, McAllister H, Kent A, Harris B, Procoli F, et al. Bacterial cholangitis, cholecystitis or both in dogs. *Vet Intern Med*, 2016;30:1046-55.