

Fístula crónica de la pared abdominal por cálculo biliar retenido como complicación tardía de la colecistectomía laparoscópica: reporte de un caso

Chronic abdominal wall fistula caused by a retained gallstone as a late complication of laparoscopic cholecystectomy: a case report

Luís Alberto Sánchez Ramos* , Andrea Licia Meaurio Oviedo* , Valeria Talia Terwindt Britz* 

Universidad Nacional de Itapúa, Facultad de Medicina. Encarnación, Paraguay

RESUMEN

La retención de cálculos biliares tras la perforación vesicular durante la colecistectomía laparoscópica constituye una complicación infrecuente que puede manifestarse meses o años después del procedimiento. Se presenta el caso de una mujer de 56 años con fístula crónica de la pared abdominal secundaria a un cálculo biliar retenido. El diagnóstico se realizó mediante ecografía y el tratamiento quirúrgico logró una evolución favorable sin recurrencia.

Palabras claves: Colecistectomía laparoscópica; Cálculos biliares; Fístula cutánea; Cuerpo extraño.

ABSTRACT

Retained gallstones following gallbladder perforation during laparoscopic cholecystectomy are an uncommon complication that may become clinically evident months or years after surgery. We report the case of a 56-year-old woman with a chronic abdominal wall fistula secondary to a retained gallstone. Diagnosis was established by ultrasonography, and surgical treatment resulted in complete recovery without recurrence.

Keywords: Laparoscopic cholecystectomy; Gallstones; Cutaneous fistula; Foreign body.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica constituye el tratamiento de elección para la litiasis vesicular sintomática y es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados a nivel mundial debido a su seguridad, menor morbilidad y rápida recuperación posoperatoria⁽¹⁾. No obstante, durante su ejecución pueden presentarse complicaciones intraoperatorias, entre ellas la perforación accidental de la vesícula biliar con derrame de bilis y cálculos hacia la cavidad peritoneal, evento cuya incidencia varía entre el 6 % y el 40 % de las intervenciones. Como consecuencia, el derrame de cálculos ocurre aproximadamente en el 16 % de los procedimientos y entre el 16 % y el 50 % de estos no son recuperados durante la intervención.⁽²⁻⁴⁾

Aunque la mayoría de los cálculos retenidos permanecen clínicamente asintomáticos, un pequeño porcentaje puede originar complicaciones tardías. La respuesta inflamatoria crónica inducida por el cálculo actúa como un cuerpo extraño,

favoreciendo la formación de abscesos, granulomas, adherencias, fistulas y migración hacia diferentes compartimentos anatómicos. Aunque históricamente la incidencia de estas complicaciones se estimó entre el 0,08 % y el 0,3 %, revisiones recientes sugieren que podría alcanzar valores considerablemente superiores según la definición de complicación y el tiempo de seguimiento de los pacientes.⁽²⁾

La fístula de la pared abdominal secundaria a un cálculo biliar retenido constituye una manifestación excepcional, documentada principalmente mediante reportes aislados de casos, con intervalos de presentación que oscilan desde algunos meses hasta más de veinte años después del procedimiento⁽⁵⁻⁸⁾.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 56 años, con antecedente de colecistectomía laparoscópica (posición americana), realizada un año antes en otro centro asistencial por colelitiasis sintomática. Según el informe quirúrgico, durante el procedimiento se produjo perforación accidental de la vesícula biliar con salida de bilis y derrame de múltiples cálculos hacia la cavidad abdominal. A pesar de realizar irrigación y recuperación de los cálculos visibles, no fue posible extraer la totalidad de ellos. La paciente presentó una evolución postoperatoria inicial favorable, por lo que fue dada de alta sin complicaciones inmediatas.

Doce meses después consultó por dolor localizado en el hipocondrio derecho, asociado a aumento de volumen de la pared abdominal y salida intermitente de material seropurulento a través de un pequeño orificio cutáneo localizado en el sitio de inserción del puerto de trocar epigástrico. Negó fiebre, ictericia, náuseas, vómitos u otros síntomas constitucionales.

Al examen físico se constató una tumoración dolorosa de aproximadamente 3 cm de diámetro en la pared abdominal del hipocondrio derecho, con un trayecto fistuloso cutáneo y escasa secreción seropurulenta. El resto del examen físico no presentó hallazgos de relevancia. Los estudios de laboratorio evidenciaron ausencia de leucocitosis, proteína C reactiva discretamente elevada y pruebas de función hepática dentro de parámetros normales.

* Especialista en Cirugía General, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Itapúa. Encarnación, Paraguay

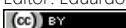
Autor Correspondiente: Luís Alberto Sánchez Ramos - Correo: luishagui123@gmail.com

Recibido: 16/05/2026 - Revisado: 11/06/2026 - Aceptado: 20/07/2026

Revisor: Dr. Carlos Arce Aranda  MSP y BS

Proceso de revisión: Evaluación por pares a doble ciego.

Editor: Eduardo González Millos  Universidad Nacional de Asunción; San Lorenzo, Paraguay

 Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons

La ecografía de la pared abdominal mostró un trayecto fistuloso en el tejido celular subcutáneo, dentro del cual se identificó una imagen hiperecogénica de aproximadamente 12 mm con sombra acústica posterior. (Figura 1)



Figura 1. Ecografía de pared abdominal que muestra una imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior localizada en el tejido celular subcutáneo.

Con el diagnóstico de fístula crónica de la pared abdominal secundaria a un cálculo biliar retenido, se indicó tratamiento quirúrgico. Se realizó fistulectomía con extracción del cálculo, desbridamiento del tejido inflamatorio y cierre por planos. (Figura 2)

La paciente recibió tratamiento antibiótico empírico durante la internación con ciprofloxacina y metronidazol, con evolución clínica favorable. Al alta se indicó completar tratamiento ambulatorio con la misma combinación por vía oral. No fue posible realizar cultivo microbiológico de la secreción debido a la escasa cantidad de material drenado, insuficiente para obtener una muestra adecuada para su procesamiento.



Figura 2. Cálculo biliar retenido extraído durante la fistulectomía.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con resolución completa de la fístula y adecuada cicatrización de la herida quirúrgica. En el control realizado a los seis meses, la paciente permaneció asintomática y sin evidencia de recurrencia.

DISCUSIÓN

La perforación vesicular con derrame de bilis y cálculos constituye una de las complicaciones intraoperatorias más frecuentes de la colecistectomía laparoscópica. La literatura

informa una incidencia de entre el 6 % y el 40 %, mientras que el derrame de cálculos ocurre aproximadamente en el 16 % de los procedimientos. Además, entre el 16-50% de los cálculos no son recuperados durante la intervención, permaneciendo en la cavidad abdominal como potencial origen de complicaciones tardías⁽²⁻⁴⁾.

Aunque la mayoría de los cálculos retenidos permanecen asintomáticos, pueden comportarse como cuerpos extraños y desencadenar una respuesta inflamatoria crónica. Este proceso favorece la formación de abscesos, granulomas, adherencias y fistulas, cuya aparición puede retrasarse meses o incluso años después de la cirugía⁽¹⁻⁴⁾. Debido a la prolongada latencia y a la baja frecuencia de estas complicaciones, el antecedente de colecistectomía laparoscópica suele pasar inadvertido durante la evaluación inicial, dificultando el diagnóstico^(1,2).

Este mecanismo fisiopatológico para la formación de fistulas ha sido descrito previamente en la literatura, donde la inflamación persistente alrededor del cálculo favorece la erosión progresiva de los tejidos y la formación de un trayecto fistuloso⁽¹⁻⁴⁾.

La ecografía permitió identificar el trayecto fistuloso y demostrar la presencia de una imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior compatible con un cálculo biliar, constituyendo una herramienta diagnóstica accesible y de gran utilidad cuando el cálculo se encuentra localizado en tejidos superficiales⁽¹⁾.

Las fistulas cutáneas secundarias a cálculos biliares retenidos representan una complicación excepcional. Johnson y Stamatakis describieron uno de los primeros casos de fístula biliocutánea asociada a cálculos retenidos tras colecistectomía laparoscópica⁽⁵⁾. Posteriormente, Kato y colaboradores comunicaron una fístula cutánea de difícil resolución cuyo tratamiento definitivo se consiguió únicamente después de la extracción del cálculo residual⁽⁶⁾. De forma similar, Nugent y Chandran reportaron la formación de una fístula peritoneocutánea veinte años después de la cirugía inicial, demostrando que estas complicaciones pueden manifestarse incluso décadas después del procedimiento⁽⁷⁾. Más recientemente, Škrabal y colaboradores describieron una fístula recurrente en la cicatriz quirúrgica ocasionada por un cálculo retenido⁽⁸⁾.

En conclusión, la retención de cálculos biliares constituye una complicación poco frecuente de la colecistectomía laparoscópica, capaz de manifestarse meses o incluso años después del procedimiento mediante complicaciones como abscesos o fistulas de la pared abdominal. Ante pacientes con lesiones inflamatorias persistentes y antecedente de colecistectomía laparoscópica, esta entidad debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Todos los autores participaron en la concepción del trabajo, revisión de la literatura, redacción del manuscrito, análisis del caso y aprobación de la versión final para publicación.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Se obtuvo el consentimiento informado de la paciente para la publicación del caso clínico y de las imágenes, preservando en todo momento su identidad y confidencialidad.

REFERENCIAS

1. Aziz H, Kwon YIC, Lee KYC, Park AMG, Lai A, Kwon Y, et al. Current evidence on the diagnosis and management of spilled gallstones after laparoscopic cholecystectomy. *J Gastrointest Surg.* 2024;28(12):2125-2133. doi:10.1016/j.gassur.2024.10.001.
2. Lund JR, Gahagan JV, Sippey M, et al. Consequences of spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *World J Emerg Surg.* 2022;17:62. doi:10.1186/s13017-022-00456-6.
3. Abu A, Almoshantaf M, et al. Dropped gallstones after laparoscopic cholecystectomy: an umbrella review. *Br J Surg.* 2024;111(Suppl 9). doi:10.1093/bjs/znae318.019.
4. Sathesh-Kumar T, Saklani AP, Vinayagam R, Blackett RL. Spilled gall stones during laparoscopic cholecystectomy: a review of the literature. *Postgrad Med J.* 2004;80(940):77-79. doi:10.1136/pmj.2003.006494.
5. Johnson A, Stamatakis JD. Biliary-cutaneous fistula: an uncommon complication of retained gallstones following laparoscopic cholecystectomy. *Br J Surg.* 1996;83(5):652.
6. Kato K, Kanazumi N. A case of an intractable cutaneous fistula caused by a gallstone dropped during a previous laparoscopic cholecystectomy. *J Abdom Emerg Med.* 2004;24(7):1189-1192. doi:10.11231/jaem1993.24.1189.
7. Nugent L, Chandran P. Peritoneo-cutaneous fistula formation secondary to gallstone dropped at laparoscopic cholecystectomy 20 years previously: a case report. *J Surg Case Rep.* 2018;2018(2):rjy013. doi:10.1093/jscr/rjy013.
8. Škrabal M, Pěkný V, Bělehrádek J, Polcar A. Retained gallstone as a rare cause of recurrent fistula in the scar after laparoscopic cholecystectomy. *Rozhl Chir.* 2025;104(2):76-81. doi:10.48095/ccrvch202576.