

CASOS CLÍNICOS

# Fístula cutánea tardía secundaria a material de ligadura de safenectomía

## Late-onset cutaneous fistula secondary to saphenectomy ligature material

Elena García Verdú<sup>1</sup>, Cristian Fernando Caballero Linares<sup>2</sup>, Paloma Gil Bernabé<sup>3</sup>, José Luis Rodríguez Carrillo<sup>3</sup> y Fernando Alfageme Roldán<sup>2</sup>

### RESUMEN

Las fístulas cutáneas tardías secundarias a material quirúrgico residual son una complicación infrecuente que puede aparecer años después de una cirugía. Presentamos el caso de una paciente con una fístula cutánea en el muslo izquierdo secundaria a material de sutura no absorbible utilizado en una safenectomía previa, diagnosticada inicialmente como fístula secundaria a hidradenitis supurativa. El

hallazgo ecográfico y la confirmación histopatológica permitieron establecer el diagnóstico definitivo. Este caso destaca la importancia del diagnóstico diferencial en lesiones fistulosas solitarias, especialmente en pacientes con antecedentes quirúrgicos.

**Palabras clave:** fístula cutánea, material de sutura, reacción a cuerpo extraño, diagnóstico diferencial, safenectomía.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 77-79

### ABSTRACT

*Late-onset cutaneous fistulas secondary to residual surgical material are an uncommon complication that may appear years after surgery. We present the case of a patient with a cutaneous fistula on the left thigh secondary to non-absorbable suture material used in a previous saphenectomy, initially diagnosed as a fistula secondary to hidradenitis suppurativa. Ultrasonographic findings and histopathological*

*confirmation established the definitive diagnosis. This case highlights the importance of considering differential diagnoses in solitary fistulous lesions, particularly in patients with a history of surgery.*

**Key words:** differential diagnosis, fistula, foreign body reaction, hidradenitis suppurativa, sutures.

Dermatol. Argent. 2026; 32(1): 77-79

<sup>1</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid, España

<sup>2</sup> Servicio de Dermatología, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

<sup>3</sup> Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

Contacto de la autora: Elena García Verdú

E-mail: elenajesus.garciav@gmail.com

Fecha de trabajo recibido: 24/6/2025

Fecha de trabajo aceptado: 29/10/2025

Conflicto de interés: los autores declaran que no existe conflicto de interés.

### CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de 70 años con antecedentes de insuficiencia venosa crónica tratada mediante safenectomía en el miembro inferior izquierdo, insuficiencia renal crónica y carcinoma de células claras renal metastásico, consultó por una lesión fistulosa única en la cara interna del muslo izquierdo, de menos de un año de evolución, con drenaje intermitente seropurulento y dolor leve. Al examen físico (Foto 1) se evidenciaba una placa de 5 cm, eritema-

to-parduzca e indurada con centro fibroso traccional dirigido hacia el centro de la lesión. No presentaba otras lesiones cutáneas sugestivas de hidradenitis supurativa (HS).

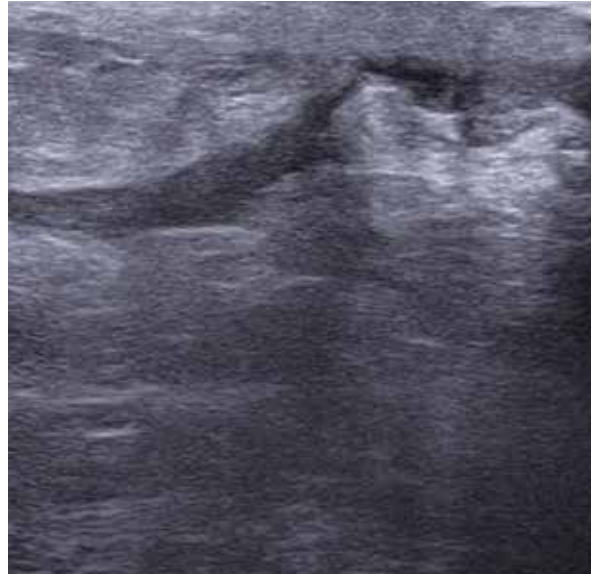
La ecografía inicial identificó un trayecto fistuloso tipo C según la clasificación de Martorell (Foto 2). Debido a la buena delimitación de la lesión, se inició tratamiento antiinflamatorio con clindamicina 300 mg/12 horas como tratamiento de enfriamiento

hasta su extirpación quirúrgica guiada por ecografía. Durante la intervención, se halló material de sutura en el fondo del trayecto fistuloso (Foto 3). El análisis histopatológico reveló un trayecto fistuloso revestido por epitelio escamoso, con áreas de ulceración, y un infiltrado inflamatorio mixto prominente en la dermis

compuesto principalmente por linfocitos, células plasmáticas y neutrófilos. Se observaban áreas de fibrosis, tejido de granulación (Foto 4) y material amorfo en la luz del trayecto fistuloso. La evolución posoperatoria fue favorable, con resolución completa de la lesión y sin recidiva a los 6 meses de seguimiento.



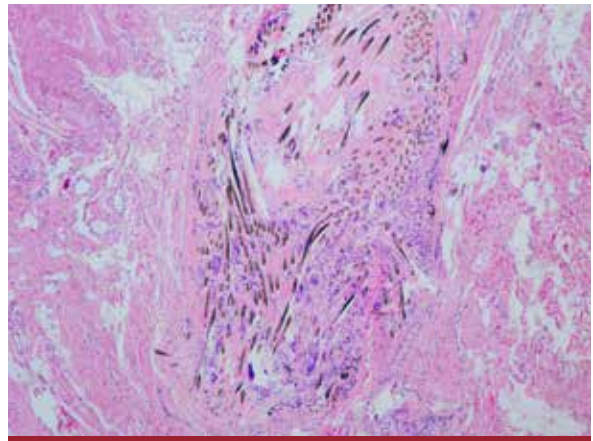
**FOTO 1:** En el tercio inferior de la cara interna del muslo izquierdo se observa una placa de aproximadamente 5 cm, eritemato-parduzca, con trayectos fibrosos indurados centrales dirigidos hacia un orificio central.



**FOTO 2:** Ecográfica de alta frecuencia: estructura tubular hipoeoica dermohipodérmica irregular con contenido hiperecogénico en su interior.



**FOTO 3:** Pieza de extirpación quirúrgica hasta el plano subcutáneo con material quirúrgico de sutura embebido en la hipodermis.



**FOTO 4:** Reacción granulomatosa con células gigantes multinucleadas tipo cuerpo extraño que rodean material birrefringente y fragmentos amorfos. Infiltrado inflamatorio mixto en estroma, con fibrosis y neovascularización (HyE, 40x).

## COMENTARIOS

Las fístulas cutáneas tardías secundarias a material quirúrgico son procesos poco frecuentes que pueden manifestarse años después de una intervención. Su fisiopatología se basa en una reacción inflamatoria granulomatosa frente al material de sutura no absorbible o cuerpos extraños retenidos en el sitio quirúrgico<sup>1</sup>.

Clínicamente, suelen presentarse como lesiones nodulares o trayectos fistulosos localizados, con drenaje seroso o purulento, y sin signos sistémicos de infección. En estos casos, la anamnesis y la ecografía son herramientas clave para orientar el diagnóstico<sup>1</sup>.

El diagnóstico diferencial incluye procesos inflamatorios crónicos como hidradenitis supurativa (HS), actinomicosis o infecciones por micobacterias atípicas. La HS es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta predominantemente a las áreas intertriginosas y anogenitales, con nódulos inflamatorios dolorosos, trayectos fistulosos y cicatrices<sup>2</sup>. Los túneles se han asociado con formas severas de la enfermedad, y se definen como cavidades subcutáneas generadas a partir de un foco de supuración que dan lugar a fístulas de variable longitud con apertura cutánea y eventual

drenaje<sup>3</sup>. Sin embargo, en nuestro caso, la localización atípica y la ausencia de lesiones múltiples orientaron hacia una etiología secundaria al material quirúrgico. La clave diagnóstica la ofreció la histopatología, donde se observó en dermis e hipodermis, un granuloma a cuerpo extraño con histiocitos, células gigantes multinucleadas y un infiltrado inflamatorio acompañante<sup>1</sup>.

En la literatura se han publicado casos similares de fístulas cutáneas con reacción granulomatosa inducidas por cuerpos extraños quirúrgicos: material no retirado de marcapasos previos, tanto en población pediátrica<sup>4</sup> como adulta<sup>5</sup>, metalosis en cirugía de fijación espinal<sup>6</sup>, y migración de fragmentos de malla quirúrgica en reconstrucción de hernia abdominal<sup>7</sup>, entre otros.

El tratamiento consiste en la resección completa del trayecto fistuloso junto con el cuerpo extraño. La resolución suele ser definitiva tras la cirugía.

Este caso enfatiza la importancia de considerar antecedentes quirúrgicos previos, apoyados en la ecografía y en el estudio histopatológico ante lesiones fistulosas solitarias y persistentes de localización atípica o de inicio reciente a fin de evitar diagnósticos erróneos y tratamientos innecesarios.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Molina-Ruiz AM, Requena L. Foreign body granulomas. *Dermatol Clin*. 2015;33:497-523.
2. Smith SDB, Okoye GA, Sokumbi O. Histopathology of hidradenitis suppurativa: a systematic review. *Dermatopathology (Basel)*. 2022;9:251-257.
3. Jemec GB, Hansen U. Histology of hidradenitis suppurativa. *J Am Acad Dermatol*. 1996;34:994-999.
4. Sánchez-Los Arcos L, Feito-Rodríguez M, Rodríguez-Bandera AI, González-López G, et al. Delayed granulomatous reaction and cutaneous fistula induced by retained electrodes from a cardiac pacemaker in a child. *Pediatr Dermatol*. 2019;36:e6-e11.
5. Sola-Ortigosa J, Iglesias-Sancho M, Dilmé-Carreras E, Umberto-Millet P. Fístula con reacción granulomatosa a cuerpo extraño secundaria a electrodos residuales de marcapasos cardíaco retirado. *Actas Dermosifiliogr*. 2009;100:723-725.
6. Yamauchi G, Yamamoto Y, Nishimura Y, Takayasu M, et al. Cutaneous fistula caused by metallosis following rigid spinal fixation: a rare but important diagnostic consideration. *Cureus*. 2025;17:e83791.
7. Hernández S, Villarreal R, González YG. Presentación de una fístula cutánea debida a migración de malla en una paciente postoperatoria de hernia incisional. *Int J Res Med Sci*. 2025;13:379-381.