



P-291 - MASA ABDOMINAL DE ORIGEN INCIERTO. A propósito de un caso clínico

R. Velasco López, M. Gonzalo Martín, M. Rodríguez López, S. Mambrilla Herrero, M. Bailón Cuadrado, E. Asensio Díaz, B. Pérez Saborido y D. Pacheco Sánchez

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Resumen

Objetivos: La laparoscopia se ha convertido en la técnica gold estándar de colecistectomía. A pesar de que su complicación más temida es la lesión de la vía biliar, la perforación vesicular, con el consecuente derrame de bilis y cálculos, es un hecho frecuente, ocurriendo aproximadamente en el 20% de los casos. Aunque en la mayoría de las ocasiones no tiene consecuencias graves, a veces se asocia a complicaciones, que cuando aparecen en el postoperatorio tardío, son de difícil diagnóstico, principalmente por la falta de sospecha, confundiéndose incluso con patología oncológica. Debido a ello, la recuperación del mayor número de cálculos derramados, puede ser útil en la prevención de estas complicaciones, sin necesidad de conversión a cirugía abierta, salvo cuando los cálculos sean múltiples o la contaminación abdominal por el vertido de bilis sospechosamente no estéril sea importante.

Caso clínico: Varón, de 61 años de edad, alérgico al paracetamol y ácido acetil salicílico, con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, neoplasia de próstata tratada con radioterapia, insuficiencia renal crónica y pancreatitis aguda biliar. Colecistectomizado vía laparoscópica dos años antes. Acude a urgencias por dolor epigástrico, asociado a una masa palpable supraumbilical y síndrome febril. En las pruebas de imagen (ecografía, TAC, colangio-RMN y RMN) se evidencia una leve dilatación de la vía biliar y una masa heterogénea, de 8x6cm, a nivel de la grasa mesentérica epigástrica, pudiendo ser inflamatorio-infeccioso versus tumoral, por lo que se realiza PAAF, con resultado de absceso versus infarto epiploico. Debido a la falta de un diagnóstico claro, se realiza interconsulta al servicio de cirugía para extirpación y filiación de la lesión. El paciente es sometido a laparotomía exploradora con exéresis en bloque de dicha masa, que parece depender del epiplón mayor, pared abdominal y una “cuña” de colon adyacente, con examen intraoperatorio negativo para células tumorales. El estudio anatomo-patológico de la pieza demostró inflamación crónica xantogranulomatosa con focos de abscesificación y presencia de bacterias y pigmentos, de posible origen biliar. La evolución postoperatoria fue favorable, siendo dado de alta 4 días después.

Discusión: Las litiasis abandonadas en la cavidad abdominal tras la colecistectomía se han asociado a multitud de complicaciones, como la formación de abscesos intrabdominales (60%), más frecuentes a nivel subhepático o subfrénico izquierdo, aunque pueden aparecer en cualquier localización; infecciones de partes blandas y puertos de acceso laparoscópico; compresión extrínseca de la vía biliar con colangitis secundaria; oclusión intestinal; e incluso fistulas biliares, entéricas o cólicas, por la erosión ocasionada por los cálculos. Son más frecuentes cuando los cálculos extraviados son múltiples, pigmentados, mayores de 1,5 cm o durante la colecistitis aguda. También presentan mayor incidencia en varones, edades avanzadas, obesos y con cirujanos inexpertos. Una técnica quirúrgica exquisita, con retirada de los cálculos derramados, irrigación con suero salino del lecho quirúrgico y aspiración o extracción de la pieza con bolsa, asociado a 24 horas más

de antibiótico, así como el alto índice de sospecha, nos ayudarán a evitar estas complicaciones, que en su mayoría requerirán de una segunda intervención.