



V-028 - MANEJO LAPAROSCÓPICO DEL COLEPERITONEO: ASPECTOS TÉCNICOS CLAVES

Álvarez-Aguilera, Miriam; Rodríguez-Mogollo, Juan Ignacio; Moreno-Suero, Francisco; Álamo-Martínez, José María; Gómez-Bravo, Miguel Ángel; Padillo-Ruiz, Francisco Javier

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Resumen

Introducción: Las complicaciones biliares tras colecistectomía laparoscópica, aunque infrecuentes, pueden tener consecuencias clínicas significativas. El coleperitoneo, resultado de una fuga biliar no identificada en el posoperatorio inmediato, requiere una rápida evaluación y, en muchos casos, una reintervención quirúrgica. Presentamos el caso de un paciente con coleperitoneo poscolecistectomía, manejado mediante una reexploración laparoscópica. El vídeo ilustra los hallazgos quirúrgicos, el abordaje técnico y las decisiones clave en la resolución de esta complicación.

Caso clínico: Mujer 54 años intervenida de colecistectomía que tras alta hospitalaria acude a urgencias en su séptimo día posoperatorio por cuadro de dolor abdominal y fiebre con elevación de reactantes de fase aguda. Se realiza TAC abdomen urgente en el que se objetiva abundante neumoperitoneo y líquido libre con sospecha de perforación de colon derecho por lo que se decide reintervención laparoscópica urgente. Se accede a la cavidad abdominal utilizando los trocares previos para evitar nuevas incisiones. Se realiza aspiración cuidadosa del contenido libre, incluyendo la pelvis, y se toma muestra para cultivo. Se exploran el ángulo hepático del colon, estómago, duodeno y asas de intestino delgado próximas, sin hallazgos de lesión. Se examina el lecho vesicular y el hilio hepático. Tras el lavado, se observa reaparición de bilis en el lecho quirúrgico, lo que sugiere una fuga persistente. Se realiza maniobra de llenado con suero para identificar el punto de fuga, y aspiración con baja presión, evidenciando salida filiforme de bilis densa en lo que impresiona de una sección lateral de una rama anterior del hepático derecho. Ante la estabilidad del paciente y control del vertido, se decide manejo conservador con drenajes: un Penrose sin aspiración en lecho vesicular, y drenajes aspirativos en pelvis y espacio subhepático. Se completa el estudio con colangio-RMN, que pone de manifiesto una lesión biliar a nivel de una rama anterior del hepático derecho y se realiza CPRE para colocación de prótesis plástica. Tras ello, la paciente presenta buena evolución clínica cesando el débito bilioso a través del drenaje en el lecho de la colecistectomía y es dada de alta a domicilio.

Discusión: La sospecha clínica de coleperitoneo debe llevar a una actitud diagnóstica y terapéutica precoz, siendo la TC abdominal una herramienta clave en la evaluación inicial. En casos seleccionados, el abordaje laparoscópico permite resolver la complicación de forma segura, evitando la morbilidad asociada a la cirugía abierta. La identificación del punto de fuga, el adecuado lavado

peritoneal y la colocación de drenajes son pilares básicos del tratamiento quirúrgico. Además, mediante este abordaje es posible solucionar algunas complicaciones, aunque en este caso, se optó por un manejo endoscópico que pensamos que era más adecuado y menos invasivo para el paciente. Este vídeo busca resaltar aspectos técnicos relevantes y ofrecer una guía visual útil para el manejo laparoscópico de esta complicación, favoreciendo la toma de decisiones en situaciones similares.