

Absceso perihepático secundario a cálculo biliar olvidado en cavidad abdominal

Yurena Sosa Quesada, José Bueno Lledó, Javier Vaqué Urbaneja y Ricardo Baquero Valdelomar
Unidad de Cirugía General y Urgencias. Hospital Universitario La Fe. Valencia. España.

La colecistectomía laparoscópica (CL) representa actualmente la técnica de referencia de la cirugía de la vesícula biliar. Sin embargo, a pesar de las reconocidas ventajas que aporta este abordaje, la perforación accidental de la vesícula durante la laparoscopia ocurre en un 15-40% y la consecuente caída de cálculos a cavidad abdominal, en un 0,2-32%¹. Las complicaciones por cálculos intraperitoneales son poco frecuentes, aunque en ocasiones pueden conllevar abscesos, fistulas o adherencias intraabdominales². Presentamos el caso de un absceso perihepático como complicación tardía de un cálculo intraperitoneal olvidado tras la realización de CL.

Varón de 62 años que 6 meses después de una CL programada por colelitiasis sintomática acude a urgencias de nuestro hospital por dolor abdominal en hipocondrio derecho y fiebre de 38 °C. Tanto la analítica como las radiografías de tórax y abdomen practicadas fueron normales. Se le realizó ecografía abdominal urgente donde se observó en el segmento V-VI del lóbulo hepático derecho, a nivel periférico, una lesión de 2,8 cm, compatible con absceso. Con el diagnóstico de sospecha de lesión hepática ocupante de espacio y síndrome febril ingresa en el servicio de medicina digestiva. Durante su ingreso se administra antibioterapia y analgesia; a las 48 horas se realiza una tomografía computarizada (TC) abdominal, que evidencia absceso subhepático lateral derecho de 4,6 × 2,4 cm en contacto con la pared abdominal, en relación con la imagen de un cuerpo extraño cálcico de 0,6 cm (fig. 1). El absceso es drenado por radiología intervencionista sin que se pueda extraer el cálculo biliar. El paciente evolucionó favorablemente, y a partir del tercer día permaneció asintomático y afebril, por lo que se decide de el alta hospitalaria a la semana tras la realización de la TC de control, con desaparición de la colección, pero con la persistencia del cálculo. Cuatro meses después se programa cirugía para su extracción. Durante la intervención se observan importantes adherencias al peritoneo parietal y el área cicatricial subhepática, y además la litiasis de pigmento negro-parduzco de unos 0,5 cm. Actualmente el paciente se encuentra totalmente asintomático.

Correspondencia: Dra. Y. Sosa Quesada.
Flora, 5, puerta 3. 46010 Valencia. España.
Correo electrónico: gofioescaldal@hotmail.com

Manuscrito recibido el 30-3-2007 y aceptado el 5-4-2007.

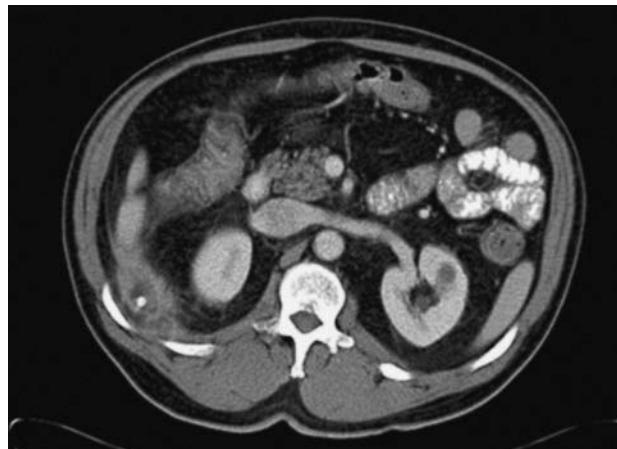


Fig. 1. Tomografía computarizada abdominal que evidencia absceso subhepático lateral derecho en relación con imagen de un cuerpo extraño cálcico compatible con cálculo.

Entre los factores que predisponen a la caída accidental de cálculos a la cavidad abdominal se han descrito la experiencia del cirujano, la larga evolución preoperatoria del proceso y el hallazgo de vesícula biliar hidrópica o colecistítica³. Uno de los acontecimientos intraoperatorios que pueden pasar inadvertidos es la perforación de la vesícula durante la extracción por la puerta umbilical por una incisión pequeña o la tracción desmesurada. Habitualmente los cálculos cursan de forma indolente, aunque las manifestaciones clínicas pueden ser variables, sobre todo en forma de abscesos, fistulas, adherencias y obstrucción intestinal. Estas complicaciones se ven favorecidas por los siguientes factores: el sexo varón, la edad avanzada, el vertido de cálculo mayor de 1,5 cm o de más de 15 cálculos, la localización perihepática y, por último, el componente de cálculo pigmentario³.

Aunque en un primer momento se opte por el tratamiento mediante drenaje percutáneo del absceso intraabdominal, la tasa de recidivas después de éste es de hasta un 78,5%, por lo que el tratamiento de elección es la cirugía⁴. El abordaje laparoscópico se ve dificultado en muchos casos por adherencias intensas, por lo que se aconseja la laparotomía convencional para la retirada de la litiasis y/o limpieza del absceso si éste persiste⁵.

Como conclusión, la actitud que se recomienda seguir ante estos casos se resume en: *a)* plantearse la reconversión ante la caída de numerosos cálculos a la cavidad peritoneal durante la laparoscopia; *b)* reflejar en el protocolo quirúrgico si hay o no perforación de la vesícula biliar y la caída de cálculos si ocurriese, y *c)* tener presente este hecho a la hora de realizar el diagnóstico diferencial de dolor abdominal en pacientes colecistectomizados⁶.

Bibliografía

1. Horton M, Florence MG. Unusual abscess patterns following dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg. 1998; 175:375-9.
2. Schafer M, Suter C, Klaiber C, Wehrli H, Frei E, Krahenbuhl L. Spilled gallstones after laparoscopic cholecystectomy. A relevant problem? A retrospective analysis of 10147 laparoscopic cholecystectomies. Surg Endosc. 1998;12:305.9.
3. Brockmann J, Kocher T, Senniger N, Scürman GM. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. Surg Endosc. 2002;16:1226-32.
4. Papasavas PK, Caushaj PF, Gagne DJ. Spilled gallstones alter laparoscopic cholecystectomy. J Laparoendosc Adv Surg Tech. 2002;12: 383-6.
5. Castellón CJ, Fernández M, Morales S, Del Amo E. Absceso subhepático como complicación tardía de un cálculo intraperitoneal abandonado tras una colecistectomía laparoscópica. Gastroenterol Hepatol. 2004;27:568-72.
6. Loffeld RJ. The consequences of lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy. The Netherlands Journal of Medicine. 2006;64: 364-6.