



Revista Clínica Española

www.elsevier.es/rce



COMUNICACIONES CLÍNICAS

Fiebre y disnea tras colecistectomía laparoscópica

Fever and dyspnea after laparoscopy cholecystectomy

L. Fernández de Orueta^{a,*}, J. Esteban Fernández^a, C. García Aguado^a y F. Gil Ares^b

^a Servicio de Medicina Interna, Hospital universitario de Getafe, Madrid, España

^b Servicio de Aparato Digestivo, Hospital universitario de Getafe, Madrid, España

Recibido el 22 de marzo de 2010; aceptado el 10 de mayo de 2010

Disponible en Internet el 31 de diciembre de 2010

Varón de 81 años, con hipertensión arterial e hipercolesterolemia en tratamiento, diagnosticado de asbestosis pleural asintomática por exposición laboral y sin ningún otro antecedente personal relevante. Había presentado varios cólicos biliares de repetición, alguno de ellos complicado, con imagen ecográfica de colelitiasis y coledocolitiasis. Tras presentar un cuadro de colecistitis aguda fue ingresado para recibir tratamiento antibiótico intravenoso, realizándose además esfinterotomía y esfinteroplastia mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Cuatro meses después presenta un nuevo episodio de colecistitis aguda, por lo que se le realiza una colecistectomía urgente por vía laparoscópica.

A los tres y a los 6 meses después de la colecistectomía reingresa por nuevos episodios de colangitis aguda. El primero de ellos se resolvió con tratamiento conservador mientras que en el segundo, a pesar del tratamiento antibiótico de amplio espectro, mantenía fiebre persistente diez días después y además asociaba, como nuevos datos, sensación disneica con insuficiencia respiratoria. En la exploración física destacaba importante hipoventilación en todo el hemitórax derecho, y leve molestia a la palpación del hipocondrio derecho sin objetivarse megalias ni signos de irritación peritoneal. El resto de la exploración era normal. Se hizo una analítica que mostraba leve

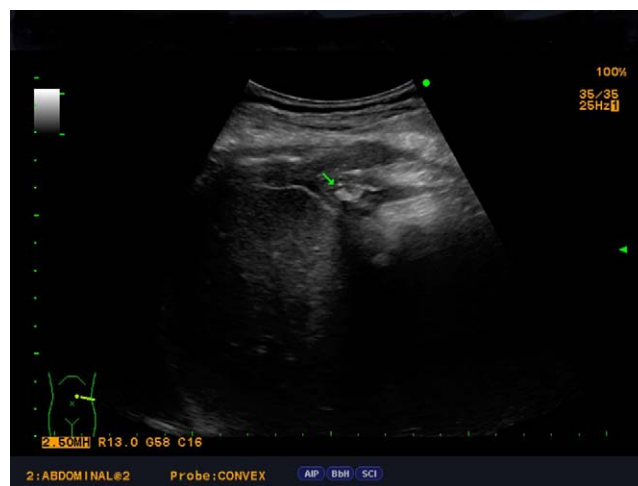


Figura 1 Colecistitis libre.

hipertransaminasemia sin datos de ictericia obstructiva y discreta leucocitosis con desviación izquierda sin más hallazgos relevantes. Una radiografía de tórax reveló la existencia de un derrame pleural derecho masivo (fig. 1) sin cardiomegalia ni signos de insuficiencia cardíaca. Se le realizó una toracocentesis diagnóstica cuyo resultado fue compatible con un empiema (6.980 células con 98% de polimorfonucleares, glucosa 5 mg/dL, pH 6,53, hematíes 5.000/mm³) por lo que se amplió la cobertura antibiótica inicial y se

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: luciafdezdeorueta@gmail.com (L. Fernández de Orueta).

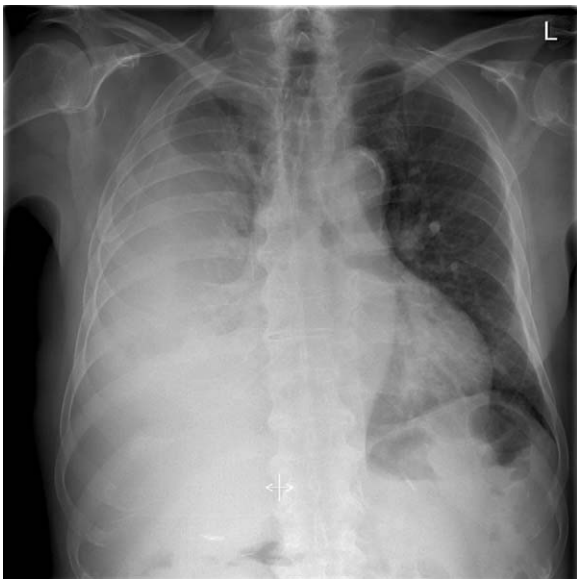


Figura 2 Derrame pleural derecho masivo.

le colocó un tubo de drenaje endotorácico. Se amplió el estudio mediante tomografía computarizada (TC) abdominal donde se objetivó una imagen sugerente de absceso perihepático.

Con el tratamiento administrado (imipenem) tanto la clínica del paciente como la imagen radiológica del derrame fueron mejorando, por lo que se retiró el tubo de tórax a los 7 días. Sin embargo a las tres semanas, el paciente persistía con picos febriles a diario, por lo que se repitieron las pruebas de imagen. En el TC de abdomen se observó mejoría tanto de la colección perihepática como del derrame pleural; también se realizó una ecografía abdominal que corroboraba la existencia de una colección de unos 6 x 2,3 cm en el espacio subfrénico y al menos dos imágenes hiperecogénicas con sombra posterior que sugerían como primera posibilidad colelitiasis libre (fig. 2). Finalmente se decidió intervenir al paciente mediante cirugía abierta para drenar el absceso. Durante la cirugía se tomó una muestra del lecho de la colección que el anatomopatólogo informó como granuloma de cuerpo extraño alrededor de una litiasis biliar, derramada probablemente cuando se le realizó la colecistectomía laparoscópica 6 meses antes. Tras el drenaje quirúrgico quedó afebril, y se le dio el alta en situación similar a la basal previa al ingreso. En el seguimiento posterior no ha presentado más complicaciones.

La rotura de la vesícula biliar y vertido de litiasis en la cavidad peritoneal durante la colecistectomía laparoscópica

no es inusual¹, con una frecuencia del 20² al 30%³ según las diferentes series publicadas. Sin embargo sólo aparecen complicaciones importantes en un pequeño porcentaje de los casos (en torno al 2%) como pueden ser la formación de abscesos en la pared abdominal⁴, abscesos intraperitoneales, fístulas o incluso empiema si la litiasis migra a través del diafragma^{5,6}. Estas complicaciones suelen aparecer precozmente⁷, aunque no es raro que se manifiesten de forma tardía, meses e incluso años después de la cirugía. Se han descrito algunos factores predisponentes⁸ para su desarrollo como son la edad avanzada, sexo masculino, cálculos numerosos y de gran tamaño (diámetro mayor a 1,5 cm) y la presencia de colecistitis aguda. Para su tratamiento es preciso el uso de antibioterapia intravenosa y el drenaje de la colección^{9,10}, ya sea de forma percutánea o abierta.

Bibliografía

1. Roberts DJ, Chun HM. Dropped gallstone as a nidus of intra-abdominal abscess complicated by empyema. *Clin Infect Dis*. 2005;15:41:64–6.
2. Pavlidis TE, Papaziogas BT, Koutelidakis IM, Papaziogas TB. Abdominal wall sinus due to impacting gallstone during laparoscopic cholecystectomy: an unusual complication. *Surg Endosc*. 2002;16:360.
3. Preciado A, Matthews BD, Scarborough TK, Marti JL, Reardon PR, Weinstein GS, et al. Transdiaphragmatic abscess: late thoracic complication of laparoscopic cholecystectomy. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 1999;9:517–21.
4. Büttner D, Gelbke R. Aberrant gallstones-extraordinary complications of laparoscopic cholecystectomy. *Zentralbl Chir*. 2009;134:170–3.
5. Bergeron E, Beaulieu C, Passerini L, Ratte S. Dropped gallstones causing transdiaphragmatic migration and thoracic empyema. *Ann Thorac Surg*. 2007;84:1760–2.
6. DeVincenzo R, Haramati LB, Wolf EL, Klapper PJ. Gallstone empyema complicating laparoscopic cholecystectomy. *J Thorac Imaging*. 2001;16:174–6.
7. Botterill ID, Davides D, Vezakis A, McMahon MJ. Recurrent septic episodes following gallstone spillage at laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2001;15:897.
8. Brockmann JG, Kocher T, Senniger NJ, Schürmann GM. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc*. 2002;16:1226–32.
9. Simopoulos C, Polychronidis A, Perente S, Botaitis S, Zoumpou I. Intraperitoneal abscess after an undetected spilled stone. *Surg Endosc*. 2000;14:594.
10. Castroagudín JF, Molina Pérez E, Conde Freire R, Otero Echart M, Martínez Castro J, Bustamante Montalvo M, et al. Subphrenic abscess with pleural and subcutaneous involvement as complication of peritoneal gallstone dropped during laparoscopic cholecystectomy: therapeutic implications. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99:479–80.