

Eva Iglesias Porto*, Paula Montoto Santomé, Begoña Campos Balea, José Conde Vales, Inmaculada Monjero Ares, Ana E. Álvarez Gutiérrez, Rocío González López, Lucía Dorado Castro y Félix Arijá Val

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lucus Augusti de Lugo, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: evaiglesiasporto@yahoo.es (E. Iglesias Porto).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.11.013

Absceso de pared con cálculos biliares como complicación tardía de colecistectomía laparoscópica

Parietal abscess with gallstones as a late complication of laparoscopic cholecystectomy

Sr. Director:

La colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento de elección de la colelitiasis sintomática. A pesar de las múltiples ventajas frente al abordaje laparotómico convencional, es frecuente la perforación accidental de la vesícula biliar (20-40%), con salida de bilis y cálculos durante la laparoscopia (10-20%). Las complicaciones por cálculos intraperitoneales son poco frecuentes, aunque en ocasiones pueden conllevar consecuencias graves¹⁻³. Debe realizarse el máximo esfuerzo para recuperar por vía laparoscópica los cálculos vertidos a la cavidad peritoneal, reservando la conversión a laparotomía para casos seleccionados^{2,4}.

Presentamos un caso de un absceso retroperitoneal, subhepático y de pared, a nivel de flanco derecho, como complicación tardía por cálculos abandonados en la cavidad abdominal tras una colecistectomía laparoscópica.

Hombre de 68 años, al que se le realiza colecistectomía laparoscópica programada por colelitiasis sintomática, con apertura accidental de la vesícula intraoperatoriamente y salida de bilis y cálculos a la cavidad abdominal, por lo que se procede a lavado y aspirado de la misma. Un mes más tarde el paciente reingresa en Cirugía por un absceso subhepático postcolecistectomía, realizándose un drenaje percutáneo guiado por tomografía computarizada (TC) e instauración de tratamiento antibioticoterápico intravenoso de amplio espectro durante 12 días. A los 6 meses ingresa en el Servicio de Infecciosos por un absceso hepático piógeno con afectación subhepática y retroperitoneal, resolviéndose con tratamiento antibiótico intravenoso durante 15 días (Linezolid y Levofloxacino).

Dos años después, el paciente acude al servicio de Urgencias por una tumoración dolorosa, eritematosa, caliente y fluctuante a nivel de flanco derecho. Se realiza ecografía de partes blandas que informan de posible hematoma infectado, por lo que se procede a drenaje urgente, objetivándose emisión de contenido purulento y cálculos biliares a través de la incisión (fig. 1), se inicia tratamiento antibiótico empírico y se solicita TC abdominal de control, que evidencia una colección residual de unos 4 cm subhepática, con engrosamiento y borramiento de planos grasos de pared torácica suprayacente en la zona del drenaje. El paciente

evoluciona de forma favorable y es dado de alta tras 14 días de antibioterapia intravenosa.

Actualmente el paciente se encuentra asintomático y en seguimiento por nuestro Servicio.

La CL ha demostrado ventajas frente a la colecistectomía abierta o convencional en términos de menor dolor postoperatorio, reducción de la hospitalización, recuperación más rápida y mejores resultados estéticos. La tasa de complicaciones generales también es menor, aunque la lesión de la vía biliar y la infección intraabdominal por cálculos abandonados en la cavidad peritoneal son más frecuentes en la CL².

A pesar de los intentos por extraer todos los cálculos vertidos, en el 0,2-32% de las CL persisten cálculos abandonados en la cavidad peritoneal. En numerosas publicaciones clínicas y experimentales se ha demostrado el riesgo de complicaciones graves por cálculos abandonados en la cavidad abdominal, incluso años después de la cirugía; complicaciones como abscesos intraabdominales, obstrucciones intestinales, fístulas cutáneas, digestivas, casos raros de dispareunia e incluso colelitoptosis; sobre todo cuando se trata de cálculos pigmentados y en presencia de bilis infectada¹. La TC es la prueba diagnóstica más sensible. El mejor tratamiento es la prevención, evitando el abandono de los cálculos en la cavidad abdominal, pero en cualquier caso es muy importante, reflejar en el informe quirúrgico la salida de cálculos al interior de la cavidad abdominal, con el



Figura 1 Tumoración dolorosa, eritematosa, caliente y fluctuante a nivel de flanco derecho. Se procede a drenaje urgente, objetivándose emisión de contenido purulento y cálculos biliares a través de la incisión.

fin de un diagnóstico precoz⁵⁻⁷. La cirugía es el tratamiento definitivo, especialmente cuando hay dudas diagnósticas. Aunque ocasionalmente es posible la extracción de los cálculos y el drenaje del absceso por vía percutánea, como en nuestro caso, aún así, la tasa de recidivas o fracasos es elevada⁷.

Bibliografía

1. Ruíz de Adana JC, Fernández Luengas D, López Herrero J, Ortega Deballon P, Hernández Matías A, García Septiem J, et al. Morbilidad atribuible a los cálculos abandonados en la cavidad abdominal tras la colecistectomía laparoscópica. *Cir Esp*. 2000;68:226-8.
2. Castellón Pavón CJ, Morales Artero S, Martínez Pozuelo A, Valderrábano González S. Complicaciones por cálculos y clips intraabdominales abandonados durante una colecistectomía laparoscópica. *Cir Esp*. 2008;84:3-9.
3. Casillas S, Kittur DS. Late abscess formation after spilled gallstones masquerading as a liver mass. *Surg Endosc*. 2003;17:833.
4. Hussain MI, Al-Akeely MH, Alam MK, Al-Abood FM. Abdominal wall abscess following laparoscopic cholecystectomy: an unusual late complication of lost gallstones. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2010;20:763-5.
5. Bhatti CS, Tamijmarane A, Bramhall SR. A tale of three spilled gallstones: one liver mass and two abscesses. *Dig Surg*. 2006;23:198-200.
6. Sophie H., Tushar S., Prakash S. Complications of spilled gallstones following laparoscopic cholecystectomy: a case report and literature.
7. Bouasker I, Zoghalmi A, El Ouaer MA, Khalfallah M, Samaali I, Dziri C. Parietal abscess revealing a lost gallstone 8 years after laparoscopic cholecystectomy. *Tunis Med*. 2010;88:277-9.

Rocío González López*, Leticia Alonso Fernández, Lucía Dorado Castro, Laura Muñíos Ruano, María Isabel Pérez Moreiras y José Félix Arijá Val

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rgonlop@gmail.com

(R. González López).

doi:10.1016/j.gastrohep.2011.11.012

Leiomioma rectal: resección endoscópica

Rectal leiomyoma: Endoscopic resection

Sr. Director:

Los tumores derivados de la capa muscular lisa pueden ocurrir a lo largo de todo el tubo digestivo, siendo más frecuentes en estómago e intestino delgado. Su desarrollo en el esófago, colon y recto es muy infrecuente^{1,2}. La mayoría de estas lesiones van a ser observadas como lesiones polipoideas sésiles o tumores intramurales submucosos¹. En el recto, dada su accesibilidad, es frecuente indicar la resección quirúrgica por vía transanal, si bien se ha descrito su resección endoscópica, cuyo principal riesgo es la perforación de la pared intestinal, y para disminuir este riesgo se han utilizado técnicas de inyección submucosa para levantar la lesión². En el presente caso describimos la resección endoscópica, con asa de diatermia, de un leiomioma submucoso sin complicaciones derivadas de la técnica.

Varón de 70 años con antecedentes clínicos de hipertensión arterial y diabetes mellitus. Antecedente quirúrgico de prostatectomía abierta por hipertrofia benigna prostática. Seis meses antes de la exploración endoscópica acudió al servicio de urgencias por dolor a nivel perineal y se le diagnosticó un absceso perianal, realizándose drenaje y colocación de setón a través de trayecto fistuloso, con orificio interno superior al aparato esfinteriano. En resonancia magnética (RM) pélvica de control se observó en la pared posterior del recto medio, a 8-9 cm del orificio anal externo, una imagen nodular de 15 mm que mostraba señal intermedia en T1 y T2, redondeada y de contornos bien definidos compatible con tumor submucoso (fig. 1A). En ese momento se derivó para la valoración de su resección endoscópica.

En el acto endoscópico, se encontró, en ampolla rectal a menos de 5 cm del margen anal interno (fig. 1B y C), una lesión sésil redondeada recubierta de mucosa normal de unos 2 cm de diámetro. Se procedió a levantar la lesión con la inyección en diferentes puntos de 6 ml de una solución coloide (Voluven®) y posterior resección con asa de diatermia sin incidencias inmediatas. Se recuperó posteriormente y se observó una tumoración submucosa íntegra recubierta de mucosa que se retraía sobre la lesión (fig. 1D). En el análisis histológico se halló una tumoración de 2 x 1,5 cm bien delimitada, no encapsulada, de localización submucosa y constituida por una proliferación fusocelular sin atipia. Esta proliferación expresaba positividad con actina y fue negativa con C-kit (CD117) y CD34, procediéndose al diagnóstico anatómopatológico de leiomioma submucoso de recto (fig. 2). El paciente no presentó complicaciones relacionadas con la resección.

Los tumores derivados del tejido muscular liso son muy infrecuentemente observados en el colon y el recto. De esta forma, los leiomiomas anorrectales representan aproximadamente el 3% de todos los que se detectan en el tubo digestivo y menos del 0,1% de los tumores rectales¹. La mayoría de estos tumores se detectan de forma incidental durante una exploración endoscópica y pueden presentar diferentes morfologías, incluso como lesiones pediculadas o ser indicativas de un pólipo adenomatoso^{1,3,4}. La realización de un estudio pélvico mediante RM o ecoendoscopia, para completar su estudio, ayudará a su diagnóstico y a definir su extensión e incluso el tipo de lesión. En el diagnóstico diferencial de este tipo de lesiones submucosas se incluyen tumores de la estroma gastrointestinal (GIST en la terminología anglosajona), tumores carcinoides, lipomas, liposarcomas, leiomiomas y leiomiomasarcomas. La resección quirúrgica es de elección, si bien la resección