

Complicación alejada de colecistectomía laparoscópica: absceso por litiasis biliar perdida

Jorge Boschi

Departamento de Tomografía Computada. Hospital Italiano. Montevideo. Uruguay.

Remote Complication of Laparoscopic Cholecystectomy: Abscess caused by [Lithiasis] Biliary Leakage

Se presenta el caso de un varón de 64 años de edad, con antecedentes de colecistectomía laparoscópica hace tres años, que consulta por dolor en el hipocondrio y flanco derechos de cinco días de evolución. Con el planteamiento clínico de probable absceso apendicular se le realiza tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis que muestra un absceso en la gotera parietocólica derecha, que en su interior contenía una litiasis. Se interviene, confirmando el diagnóstico de absceso por litiasis biliar perdida.

Presented herein is the case of a 64-year-old man with 3-year-old antecedents of laparoscopic cholecystectomy, and who complains of having had pain in the hypochondrium and right flank during five days prior. Upon being clinically diagnosed with probable appendicular abscess, computerized tomography of the abdomen and pelvis reveals an abscess in the right paracolic gutter containing a lithiasis in its interior. Subsequent surgery confirms the diagnosis of abscess caused by [lithiasis] biliary leakage.

La colecistectomía laparoscópica es un procedimiento que ha adquirido enorme popularidad en los últimos años, y es el tratamiento de elección para las litiasis vesiculares sintomáticas. Esto se debe a que esta técnica disminuye el tiempo de hospitalización, tiene una recuperación postoperatoria más rápida y un mejor resultado estético. Las complicaciones de este tipo de cirugía han ido disminuyendo a medida que la técnica se ha difundido más, y actualmente son menores que las de la cirugía convencional. Las complicaciones de la cirugía laparoscópica son la lesión del ducto biliar y la infección tardía con formación de abscesos por litiasis perdidas en el abdomen^{1,2}.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 64 años de edad, diabético tipo 2, colecistectomizado por vía laparoscópica hace tres años sin incidentes a destacar, que presenta un cuadro de cinco días de evolución de dolor en el hipocondrio y flanco derechos. Sin náuseas ni vómitos. Presentó un episodio de deposición diarreica. En el examen clínico presenta: temperatura axilar, 37,5 °C, lengua saburral, abdomen globuloso con dolor a la palpación en la fosa ilíaca derecha.

Leucocitosis de 11.700; glucemia de 2,98 g/l.

El diagnóstico clínico al ingreso fue de probable absceso apendicular.

Se realizó tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis, sin y con contraste intravenoso (i.v.) y contraste vía oral, que evidenció una esteatosis hepática difusa sin lesiones focales y clips metálicos en el lecho vesicular debidos a la cirugía laparoscópica (fig. 1). En la gotera parietocólica derecha se observó una colección líquida multiloculada, que infiltraba planos musculares y en su centro presentaba una imagen de densidad cálcica, compatible con una litiasis (fig. 2). La grasa a dicho nivel presentaba alteración en la densidad compatible con un proceso inflamatorio.

Con la inyección i.v. del medio de contraste, se evidenció realce en la periferia de la colección (fig. 3).

En suma, se diagnosticó de absceso en la gotera parietocólica derecha con litiasis en su interior.

Se intervino al paciente, y se encontró un absceso en la fosa parietocólica derecha abierto en la pared lateral de abdomen, con un cálculo biliar de bilirrubinato de calcio en su interior. El apéndice estaba sano.

DISCUSIÓN

Una de las complicaciones más frecuentes de la cirugía laparoscópica es la rotura o perforación de la vesícula biliar con derrame de líquido biliar y/o cálculos al peritoneo. Esta complicación, poco frecuente en la cirugía convencional, tiene una incidencia de hasta un 30% de las cirugías laparoscópicas, si bien se considera de poca relevancia por la mayoría de los autores^{1,3,4}. La

Correspondencia:

JORGE BOSCHI OYHENART. Joaquín Requena, 1.078. 11200 Montevideo. Uruguay.

Recibido: 16-VI-2003.

Aceptado: 9-XII-2003.



Fig. 1.—Tomografía computarizada de abdomen sin contraste que muestra esteatosis hepática, y en la topografía del lecho vesicular se observan los clips metálicos de la colecistectomía laparoscópica.

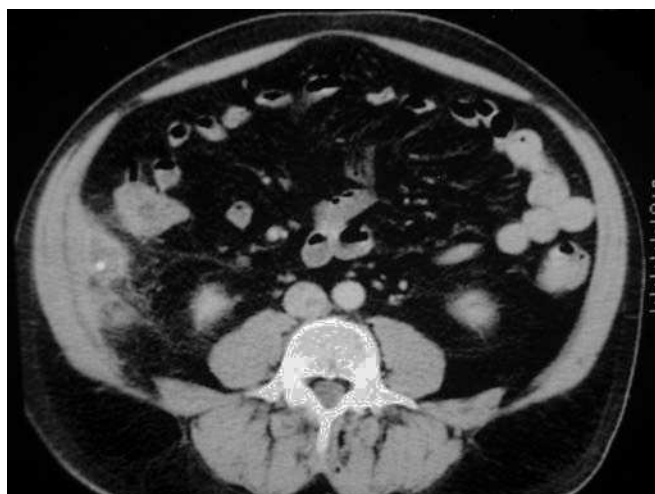


Fig. 3.—Tomografía computarizada de abdomen con contraste intravenoso que muestra el realce periférico de la colección, correspondiente a la cápsula del absceso y la litiasis en su interior.



Fig. 2.—Tomografía computarizada de abdomen sin contraste donde se evidencia una colección hipodensa de 3 cm de diámetro en la gotera parietocólica derecha. Dentro de ésta se observa una imagen redondeada de densidad cálcica, compatible con una litiasis.

perforación o rotura puede ocurrir durante la disección de la vesícula del lecho hepático o más frecuentemente durante la extracción de la vesícula por la incisión umbilical^{1,3}.

La formación de abscesos o masas inflamatorias por litiasis perdidas en el abdomen, es una complicación extremadamente rara para la cirugía convencional, y se puede ver en hasta un 0,3% de los casos de cirugía laparoscópica¹. Generalmente, se encuentran a nivel subhepático o retroperitoneal, por debajo del espacio subhepático, como en nuestro caso; aunque, con menor frecuencia, pueden encontrarse en la pared abdominal, en el espacio subfrénico y en el sector derecho del tórax¹. La combinación de neumoperitoneo e irrigación peritoneal durante la cirugía laparoscópica, explica por qué los cálculos o fragmentos de cálculos pueden depositarse en cualquier sector de la cavidad abdominal y, sobre todo, en sitios declive^{1,3}.

Las complicaciones infecciosas son más frecuentes con cálculos de bilirrubinato de calcio que de colesterol, debido a que generalmente contienen bacterias viables^{1,3}.

Morrin et al¹, en una publicación sobre cinco pacientes con colecistectomía laparoscópica y complicaciones por cálculos perdidos en el abdomen, observaron que el tiempo transcurrido desde la cirugía a la aparición del absceso fue de entre cuatro y 72 meses, con una media de 24 meses. Esto puede deberse a la naturaleza indolente del proceso inflamatorio generado. En nuestro caso, el tiempo transcurrido entre la cirugía laparoscópica y el comienzo de síntomas fue de 36 meses.

La ecografía es un método útil para el diagnóstico de abscesos en la cavidad abdominal, sobre todo en aquellos que están en íntima relación con la pared abdominal.

La interposición de asas intestinales puede dificultar la correcta valoración del abdomen debido a la presencia de gas dentro de éstas, el cual enmascara el diagnóstico de las colecciones.

La ecografía también puede detectar litiasis dentro de la colección, ya que tanto las de bilirrubinato de calcio como las de colesterol se ven con ecogenicidad elevada y cono de sombra posterior.

La TC es más sensible que la ecografía para el diagnóstico de abscesos en la cavidad abdominal, ya que no presenta dificultades por la presencia de asas intestinales.

Además, la administración de medio de contraste yodado i.v., realza la cápsula del absceso y permite una mejor delimitación de éste facilitando el diagnóstico.

Los cálculos de bilirrubinato de calcio generalmente son radioopacos, como en nuestro caso, y son fácilmente detectables por métodos de imagen debido a su alta densidad. Sin embargo, los cálculos de colesterol que son radiolúcidos, tienen densidades bajas y generalmente son difíciles de visualizar. Esto lleva a que el diagnóstico de absceso asociado a litiasis radiolúcida sea sencillo, mientras que si es radiolúcida se puede confundir con un simple absceso o un tumor¹.

Las litiasis perdidas en el abdomen son una fuente potencial de recidiva de abscesos en cualquier paciente con antecedentes de colecistectomía laparoscópica, debido a que el simple drenaje sin extracción del cálculo, sea guiado por métodos de imagen o por cirugía, no será suficiente.

Litiasis menores de 1 cm, generalmente pueden ser removidas por métodos percutáneos, mediante un catéter 30 F. Sin embargo, litiasis mayores de 1 cm pueden requerir fragmentación previa a su extracción, la cual puede realizarse mediante métodos de fragmentación mecánica, electrohidráulica, láser o litotricia por ultrasonido⁴.

CONCLUSIÓN

Las litiasis biliares perdidas en el abdomen a causa de cirugía laparoscópica son una complicación relativamente frecuente de este procedimiento. Sin embargo, la formación de abscesos abdominales a punto de partida de cálculos es rara. El diagnóstico,

a veces, puede ser difícil de realizar, pero se debe tener en cuenta frente al antecedente de cirugía laparoscópica.

La extracción del cálculo mediante métodos percutáneos guiados por imagen o por cirugía son los tratamientos adecuados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Morrin M, Kruskal J, Hochman M, Saldinger P, Kane R. Radiologic features of complications arising from dropped gallstones in laparoscopic cholecystectomy patients. *AJR Am J Roentgenol* 2000;174:1441-5.
2. Trerotola S, Savader S, Lund G, Venbrux A, Sostre S, Lillemoe K, et al. Biliary tract complications following laparoscopic cholecystectomy: imaging and intervention. *Radiology* 1992;184:195-200.
3. Taourel P, Messens D, Duchenne D, Greth I, Blames M, Bruel J. Dropped gallstones after laparoscopic cholecystectomy mimicking appendicitis: CT features. *JCAT* 1995;19:138-9.
4. Trerotola S, Lillemoe K, Malloy P, Osterman F. Percutaneous removal of «dropped» gallstones after laparoscopic cholecystectomy. *Radiology* 1993;188:419-21.