

Casos en imagen 4.—COLELITIASIS INTRAABDOMINAL POSCOLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Diagnóstico final

Colelitiasis intraabdominal poscolecistectomía laparoscópica.

Hallazgos radiológicos

Figura 1. Ecografía de partes blandas del flanco derecho. Masa heterogénea que presenta algunos focos ecogénicos con sombra acústica posterior.

Figura 2. TC abdominal con contraste intravenoso. Se identifica una lesión de tejidos blandos con captación moderada de contraste y múltiples imágenes calcificadas en su interior. Se extiende desde los tejidos blandos del flanco y cara posterior de la pared abdominal hasta el espacio perihepático posterior derecho.

Comentario

La colecistectomía laparoscópica ha sustituido en la última década a la colecistectomía abierta en el tratamiento de la colestitis aguda reduciendo significativamente la tasa de complicaciones y el tiempo de estancia hospitalaria^{1,2,3}.

La pérdida de los cálculos al caer libremente en la cavidad peritoneal, denominada «colelitiasis residual», es una de las pocas complicaciones descriptas, apareciendo en un 10% de las colecistectomías laparoscópicas y siendo sintomáticas en un 0,3-0,6% de los casos. Este evento es muy infrecuente en las colecistectomías abiertas^{1,2}.

La presencia de abscesos es más frecuente en litiasis pigmentarias, pues contienen bacterias viables con mayor frecuencia³.

La tomografía computarizada (TC) y la ecografía son técnicas útiles en el diagnóstico. Mediante la TC se han descrito cuatro patrones de afectación: 1) Litiasis calcificada sin reacción perilitásica. 2) Nódulo hipodenso con calcificación central. 3) Nódulo hipodenso con calcificación central y captación periférica de contraste (sugerente de reacción fibrótica) y 4) Nódulos hipodensos sin calcificación o anillo periférico.

Nuestro caso se puede clasificar en la tercera categoría ya que se identifican múltiples nódulos con calcificación central y captación de contraste intravenoso en relación con el absceso y la reacción inflamatoria⁴.

En nuestro caso, el absceso fue drenado quirúrgicamente, con expulsión de litiasis de pequeño tamaño, correspondientes a las descritas mediante las técnicas de imagen. Se pautó tratamiento antibiótico intravenoso (Augmentine™) durante un mes con disminución progresiva del débito a través del drenaje y del tamaño de la colección.

BIBLIOGRAFÍA

1. Horton M, Florence MG. Unusual abscess following dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. Am J Surg 1998;175(5):375-9.
2. Morrin MM, Kruskal JB, Hochman MG, Saldinger PF, Kane RA. Radiologic features of complications arising from dropped gallstones in laparoscopic cholecystectomy patients. AJR 2000;174(5):144.
3. Akyar G, Aytac S, Yagci C, Akyar S. Abscess formation due to dropped gallstone after laparoscopic cholecystectomy. Eur J Radiol 1997;25(3):242-5.
4. Atri M, Bonifacio A, Ryan M, Pilleul FL, Hanbridge A, Clark J, Murphy J. Dropped gallstones post laparoscopic cholecystectomy mimicking peritoneal seeding: CT and ultrasound features. J Comput Assit Tomogr 2002;26(6):1000-5.

Correspondencia:

Francisco Javier García.
Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Getafe.
Carretera de Toledo, Km. 12,500.
28905 Getafe. Madrid.
canero 2001@yahoo.es