

## ABSCESO POR LITO PERDIDO POST-COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA: INFORME DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Carlos Ayón\*, Diego Pérez Grassano\*, Juan D. Tedesco\* MAAC, Federico Martínez\* y Carlos Ayón Dejo MAAC, Patrizio Petrone\*\*\* MAAC

La colecistectomía laparoscópica (CL) es considerada en la actualidad el tratamiento de elección para la litiasis vesicular sintomática. Aunque este abordaje ha demostrado ser mejor en función a las ventajas de la mini-invasividad<sup>1</sup>, la introducción de esta técnica ha generado nuevas complicaciones intrínsecas, como lesiones de la vía biliar y las generadas por la salida de litos debido a perforación de la vesícula biliar<sup>2</sup>.

El objetivo de esta publicación es presentar el caso de un absceso subfrénico derecho, como complicación tardía de un cálculo abandonado en la cavidad abdominal post-colecistectomía laparoscópica y resuelto con técnicas mini-invasivas.

### CASO CLÍNICO

Hombre de 66 años de edad cuyo motivo de consulta incluye tos, dorsalgia derecha y pérdida de peso de dos meses de evolución. Es un paciente hipertenso y tabaquista crónico, actualmente medicado con inhibidores de ECA, DAINÉ, y bloqueantes histamínicos, que cuenta como antecedentes quirúrgicos apendicectomía a los 20 años y colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular sintomática realizada hacía 5 años.

Los resultados del laboratorio muestran valores dentro de parámetros normales, siendo más importantes los hallazgos resultantes de los estudios por imágenes: la radiografía de tórax evidencia velamiento del seno costodiafragmático derecho, mientras que las ecografías de pleura y abdominal informan, respectivamente, derrame pleural derecho de moderada cantidad, y colección bien circunscripta subfrénica derecha con imagen ecogénica en su interior de aproxi-

madamente 2 cm con sombra acústica posterior. Se decide realizar TAC tóracoabdominal la que revela derrame pleural derecho e imagen hipodensa bien delimitada con refuerzo de sus paredes con el contraste endovenoso, compatible con colección, asociado a imagen de 18 mm hiperdensa en su posición más declive (Figura 1).



FIGURA 1  
Absceso subfrénico derecho con imagen hiperdensa (lito) en su interior

Ante la sospecha de colección por lito olvidado durante la colecistectomía, se procedió a punzar el mismo bajo control ecográfico obteniendo líquido purulento. Seguidamente se dilató progresivamente el lugar de la punción con técnica de Seldinger hasta la introducción de un trócar de laparoscopia de 10 mm (Figura 2).

A través del mismo se evacuaron 350 ml de pus. Posteriormente se ingresó por la camisa un videoendoscopio flexible para la exploración del absceso que permitió ubicar un lito de 23 x 18 mm el que fue extraído de la cavidad con un ansa de endoscopia (Figura 3).

El procedimiento se realizó con sedación anestésica y tuvo una duración de 35 minutos. Al finalizar se dejó un drenaje de látex que se retiró

\*Servicio de Cirugía General, Hospital Interzonal General de Agudos - Prof. Dr. Luis Güemes, Haedo, Pcia. de Buenos Aires.

\*\*Comité de Investigación Central, Ministerio de Salud, La Plata, Pcia. de Buenos Aires.

\*\*\*Miembro Titular, Comité de Trauma, Asociación Argentina de Cirugía.

Recibido el 25 de Junio de 2012.

Aceptado el 09 de Agosto de 2012.

Correspondencia a: Dr. Patrizio Petrone - Calle 15 N° 1308 - 3° "A" - La Plata (1900) - Pcia. de Bs. As.

Tel. (0221) 452-2484 - patrizio.petrone@gmail.com

al quinto día sin complicaciones. El paciente completó medicación antibiótica con ciprofloxacina y metronidazol, y los controles ecográficos y tomográficos a los 6 meses muestran resolución total de la colección con ausencia de sintomatología.



FIGURA 2  
Colocación de trócar dentro del absceso con aspiración de material purulento



FIGURA 3  
Extracción del lito con ansa endoscópica

## DISCUSIÓN

La ruptura vesicular se produce entre el 2 y 32% de las colecistectomías laparoscópicas<sup>3</sup> observando un aumento del 10 al 30% de litos volcados en la cavidad abdominal en relación a la cirugía abierta<sup>4</sup>, estimándose que esta circunstancia solo causa el 0.1-0.8 % de las conversiones a laparotomía. Si se produce la ruptura vesicular, es recomendable cerrar el orificio de inmediato, mediante el uso de clips, endoloops o puntos con nudos intra o extracorpóreos. Posteriormente se aspirará el líquido biliar vertido y se extraerán los litos volcados a la cavidad a

través de los puertos emplazados. También pueden ser de utilidad el uso de una bolsa laparoscópica, o bien la utilización sistemática de una bolsa de espécimen para la extracción de la vesícula, evitando la posibilidad de ruptura con volcado de litos y bilis en el trayecto hecho por los trócares en la pared abdominal. Algunos autores<sup>3</sup> sostienen que la conversión a colecistectomía abierta no está rutinariamente indicada, aún cuando todos los cálculos no hayan podido evacuarse. Sin embargo, sigue siendo una alternativa válida en situaciones como volcado de gran número de cálculos o un macrolito, especialmente si se asocia a algún signo de colestasis, colecistitis gangrenosa o empiema vesicular. Es imperiosa la recomendación de documentar en el parte quirúrgico si se produjo la ruptura de la pared vesicular e informar al paciente de esta circunstancia, de manera tal de realizar un seguimiento más adecuado desde el punto de vista médico y legal, facilitando el diagnóstico precoz de potenciales complicaciones relacionadas al procedimiento<sup>3</sup>.

La tasa de complicaciones por litos perdidos en CL es baja, pero cuando se presentan pueden generar complicaciones potencialmente fatales, como por ejemplo abscesos abdominales en los que se aislaron *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *enterococo*, y la infección en el sitio del trócar por donde se extrajo la vesícula, así como también adherencias, fístulas, obstrucción y/o perforación intestinal, ictericia, y empiema.

Aproximadamente 5% de los pacientes con litos dejados en la cavidad desarrollan síntomas, incluyendo dolor abdominal, fiebre, anorexia, náuseas y pérdida de peso. Para el tratamiento de las complicaciones por litiasis perdidas, existen autores<sup>3</sup> que coinciden en que la laparotomía o exploración abierta con drenaje del foco, remoción de los litos y antibioticoterapia, es el procedimiento de elección. Sin embargo, nuestro grupo sostiene que el objetivo del tratamiento mini-invasivo es similar al de la exploración abierta (extracción de los litos y drenaje del foco), pero adicionando los beneficios de la mini-invasividad, entre los que se enumeran: no requiere sistemáticamente anestesia general, mejor recuperación, mejor aceptación del paciente, menor costo, menor dolor, menor tiempo de convalecencia, y mejor resultado estético.

Creemos que al margen de los buenos resultados obtenidos con el método, se deberá ser criterioso, y aplicar el tratamiento correspon-

diente en función a cada caso en particular, tomando en consideración el estado del paciente, tamaño y ubicación del absceso, características de los litos, así como la posibilidad de contar con cirujanos y endoscopistas entrenados en técnicas mini-invasivas. La complicación que presentamos debería ser incluida como tipo Ila de la clasificación de Strasberg<sup>5</sup>, ya que requirió un segundo procedimiento quirúrgico mini-invasivo, sin necesidad de anestesia general, y no hubo mortalidad ni secuelas en los controles posteriores.

En conclusión, deberá sospecharse la presencia de cálculos perdidos en pacientes con sintomatología abdominal vaga o formación de un absceso, semanas o años después de una CL. El tratamiento definitivo más utilizado es la exploración abierta, aunque también podrían ser exitosos los procedimientos mini-invasivos en casos seleccionados y manos entrenadas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Läufer JM, Krähenbühl L, Baer HU, Mettler M, Büchler MW. *Clinical manifestations of lost gallstones after laparoscopic cholecystectomy: a case report with review of the literature*. Surg Laparosc Endosc 1997;7(2): 103-12.
2. Turner AR, Yükses YN, Yasti AC, Gözalan U, Kama NA. *Dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy: the consequences*. World J Surg 2005;29(4):437-40.
3. Diez J, Arozamena C, et al. *Lost stones during laparoscopic cholecystectomy*. HPB Surg 1998;11(2):105-9.
4. Leslie KA, Rankin RN, Duff JH. *Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy: are they really benign?* Can J Surg 1994; 37(3):240-2.
5. Clavien PA, Sanabria JR, Strasberg SM. *Proposed classification of complications of surgery with examples of utility in cholecystectomy*. Surgery 1992;111(5):518-26.