

Cartas al Director

Absceso subfrénico con extensión pleural y subcutánea como complicación de un cálculo vertido al peritoneo durante la colecistectomía laparoscópica: implicaciones terapéuticas

Palabras clave: Absceso abdominal. Cálculo biliar peritoneal. Perforación vesicular. Colecistectomía laparoscópica. Drenaje percutáneo.

Key words: Abdominal abscess. Peritoneal gallstone. Gallbladder perforation. Laparoscopic cholecystectomy. Percutaneous drainage.

Sr. Director:

La perforación vesicular y el vertido de cálculos a la cavidad peritoneal son complicaciones relativamente frecuentes (18 y 7%, respectivamente) en el transcurso de la colecistectomía laparoscópica (CL). Aunque sólo un 2,3% de los cálculos vertidos causarían complicaciones, sus consecuencias pueden ser graves (1). De estas, la formación de abscesos intraabdominales (60%), abscesos de pared abdominal (14%) y fístulas (12%) son las más habituales, siendo menos frecuentes la aparición de empiema, peritonitis, íleo, adherencias, obstrucción o perforación intestinal. La escasa prevalencia de las citadas complicaciones, así como la imposibilidad de predecir el patrón evolutivo de los cálculos residuales en el peritoneo hace que no esté justificada la conversión de la CL a laparotomía, pero sea necesario establecer unas directrices generales acerca del manejo terapéutico de esta complicación (2,3).

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 67 años de edad con antecedentes personales de revascularización coronaria por infarto

agudo de miocardio en 1999, hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia, insuficiencia renal crónica y colecistectomía laparoscópica en enero de 2000. En octubre de 2003 ingresó por un cuadro de dos semanas de evolución de dolor pleurítico en hemitórax derecho, fiebre, astenia, anorexia y tos no productiva. Durante la exploración física se halló una masa fluctuante, dolorosa y caliente a la palpación en la cara posterolateral del hemitórax derecho. Presentaba leucocitosis ($19.480/\text{mm}^3$) con neutrofilia y deterioro de la función renal (creatinina 1,5 mg/dl). En la ecografía abdominal se observó una colección subfrénica derecha con pared gruesa, de 60 x 22 mm de diámetro, asociada a enfermedad pleural ipsilateral y con extensión en contigüidad al plano subcutáneo. En el interior de la colección se detectó una imagen hiperecogénica con sombra acústica posterior (Fig. 1). Los hallazgos ecográficos se confirmaron mediante la realización de una tomografía computarizada torácica y abdominal.



Fig. 1. Imagen ecográfica en la que se constata la presencia de una colección subfrénica derecha de paredes gruesas (flechas), en cuyo interior se observa una estructura hiperecogénica correspondiente a un cálculo biliar (punta de flecha).

El absceso fue drenado mediante implantación percutánea de un catéter tipo *pig-tail* de 9F bajo control ecográfico. En el cultivo del pus obtenido se aisló *Streptococcus pyogenes* y *Escherichia coli*. Previamente a la recepción del antibiograma se había iniciado tratamiento antibiótico por vía intravenosa con imipenem. La evolución clínica fue favorable, con desaparición de la fiebre, la sintomatología local, la leucocitosis y el deterioro de la función renal. Fue dado de alta a los 15 días del ingreso.

Reingresó dos semanas después por recurrencia de los síntomas y de la colección subfrénica. Fue intervenido mediante laparotomía subcostal derecha, realizándose desbridamiento y drenaje del absceso, así como extracción del cálculo de su interior. La evolución postoperatoria fue favorable siendo dado de alta a los 9 días de la intervención. Tras dos años de seguimiento no ha presentado recurrencia de su enfermedad. En la hoja operatoria de la CL, realizada 46 meses antes, se constató el hallazgo de una colecistitis aguda con absceso perivesicular. Durante el procedimiento se produjo la rotura accidental de la vesícula y el vertido de tres cálculos al peritoneo, de los que únicamente dos pudieron ser recuperados durante el acto operatorio.

Discusión

El primer aspecto terapéutico a contemplar es la profilaxis de las complicaciones derivadas del vertido de cálculos a la cavidad peritoneal. En caso de perforación vesicular accidental, parece razonable recomendar el cierre de la perforación y utilizar una bolsa para la extracción de la misma con el fin de minimizar la salida de cálculos, intentar la recuperación del mayor número de cálculos durante la laparoscopia, realizar un exhaustivo lavado peritoneal, remitir una muestra de bilis y un cálculo para cultivo microbiológico, si es posible, e iniciar terapia antibiótica por vía intravenosa. La reconversión a cirugía abierta no debe generalizarse y reservarse únicamente para casos seleccionados, como ante la falta de recuperación de un número elevado de cálculos o la presencia de bacteriemia (4). En el resto de los casos podría ser suficiente un seguimiento clínico y ecográfico periódico (5), teniendo en cuenta que la mayor parte de las complicaciones descritas se desarrollan tempranamente. Así, de los casos publicados hasta la actualidad, el 85,1% de las complicaciones tuvo lugar en los 24 meses posteriores a la CL, y de estos, más de la mitad se diagnosticaron en los primeros 6 meses. No obstante, se han descrito complicaciones tardías, de hasta 46-60 meses después de la CL (6).

La aparición de un absceso secundario al vertido de cálculos a peritoneo exige su drenaje, extracción de los cálculos y antibioterapia. Aunque el drenaje percutáneo mediante catéter implantado bajo control ecográfico constituye una opción terapéutica válida en el manejo de las colecciones intraabdominales de

diferentes etiologías, en los casos publicados de abscesos secundarios a vertido de cálculos este tratamiento ha resultado en una elevada tasa de fracasos o de recidiva ulterior, hasta alcanzar el 78,5% (7). La persistencia del cálculo en el interior del absceso y la presencia de múltiples cavidades separadas por septos, como en el caso presentado (subfrénica, pleural, subcutánea), pueden ser las razones de la elevada tasa de fracasos del drenaje percutáneo.

En conclusión, consideramos que el desbridamiento y drenaje quirúrgico del absceso con localización y extracción del cálculo residual constituye el tratamiento de elección en el manejo de las complicaciones secundarias al vertido de cálculos biliares durante la CL. No obstante, a pesar de la elevada tasa de fracaso y/o recidiva, el drenaje percutáneo podría constituir una opción terapéutica a considerar en enfermos con elevado riesgo quirúrgico.

J. F. Castrogudín, E. Molina Pérez, R. Conde Freire¹,
M. Otero Echart, J. Martínez Castro¹, M. Bustamante
Montalvo¹, F. Rodríguez Segade¹ y E. Varo¹

Unidad de Ecografía Digestiva e Intervencionista. Servicio de Aparato Digestivo. ¹Unidad de Trasplantes Abdominales y Cirugía Hepato-Biliopancreática. Hospital Clínico Universitario de Santiago. Santiago de Compostela, A Coruña

Bibliografía

1. Woodfield JC, Rodgers M, Windsor JA. Peritoneal gallstones following laparoscopic cholecystectomy: Incidence, complications, and management. *Surg Endosc* 2004; 18: 1200-7.
2. Brockmann JG, Kocher T, Senninger NJ, Schurmann GM. Complications due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc* 2002; 16: 1226-32.
3. Memon MA, Deeik RK, Maffi TR, Fitzgibbons RJ Jr. The outcome of unretrieved gallstones in the peritoneal cavity during laparoscopic cholecystectomy. A prospective analysis. *Surg Endosc* 1999; 13: 848-57.
4. Tumer AR, Yuksek YN, Yasti AC, Gozalan U, Kama NA. Dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy: The consequences. *World J Surg* 2005; 29: 437-40.
5. Viera FT, Armellini E, Rosa L, Ravetta V, Alessiani M, Diogini P, et al. Abdominal spilled stones: Ultrasound findings. *Abdom Imaging* 2006; 31: 564-7.
6. Castellón Pavón CJ, Fernández Bermejo M, Morales Artero S, del Amo Olea E. Absceso subhepático como complicación tardía de un cálculo intraperitoneal abandonado tras una colecistectomía laparoscópica. *Gastroenterol Hepatol* 2004; 27: 568-72.
7. Rice DC, Memon MA, Jamison RL, Agnessi T, Ilstrup D, Bannon MB, et al. Long-term consequences of intraoperative spillage of bile and gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 85-90.