

Radiobiología

Revista electrónica

ISSN 1579-3087

<http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/radiobiologia.htm>

[http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/numeros/RB6\(2006\)124-126.pdf](http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/numeros/RB6(2006)124-126.pdf)

Radiobiología 6 (2006) 124-126

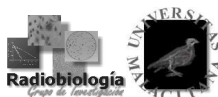
Masa intraabdominal por litiasis biliar abandonada tras colecistectomía laparoscópica

Joaquín Carrasco Campos

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga, España



Edita: Grupo de Investigación de Radiobiología.
Dpto. Radiología y Medicina Física. Universidad
de Málaga (España)



Edita: Grupo de Investigación de Radiobiología
Dpto. Radiología y Medicina Física
Universidad de Málaga (España)

Radiobiología 6 (2006) 124-126

Radiobiología

Revista electrónica

<http://www-rayos.medicina.uma.es/rmf/radiobiologia/revista/radiobiologia.htm>

Masa intraabdominal por litiasis biliar abandonada tras colecistectomía laparoscópica

Joaquín Carrasco Campos

Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga, España

Resumen

La presencia de abscesos o masas intraabdominales (sin causa justificada) en pacientes colecistectomizados debe hacernos sospechar en procesos secundarios a litiasis residuales. La utilización de "bolsa laparoscópica" durante la extracción de la vesícula puede ser un método preventivo adecuado, y a pesar que hasta ahora, el principal tratamiento ha sido el abordaje quirúrgico por sus diferentes vías, las últimas tendencias abogan por métodos menos invasivos, aunque habrá que esperar a series más grandes y estudios más adecuados para promover este abordaje como primera indicación terapéutica.

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica es la opción terapéutica de elección para la mayoría de los pacientes con colelitiasis sintomática (1). Sin embargo, la utilización de esta técnica ha favorecido la aparición de complicaciones que no se observaban con la cirugía abierta (2), entre ellas cabe destacar el abandono de las litiasis en el interior de la cavidad abdominal (3).

La perforación de la vesícula y la pérdida de cálculos es un evento intraoperatorio relativamente frecuente (3, 4). La extracción de los mismos es en ocasiones técnicamente compleja y consume mucho tiempo quirúrgico, por lo que quedan abandonadas en la cavidad abdominal. Inicialmente se pensó que este abandono era inocuo (1, 2), pero cada vez son más los trabajos que describen complicaciones tanto precoces como tardías derivadas de litiasis perdidas (5).

CASO CLÍNICO

Mujer de 58 años con antecedentes personales de hernia de hiato, artrosis, síndrome ansioso-depresivo y colecistectomizada hacía 11 meses. Presentó tumoración dolorosa a nivel epigástrico que había ido en aumento en los últimos meses. Se realizaron como pruebas diagnósticas: 1) Ecografía abdominal: entre pared abdominal y mesocolon transverso se observa masa de 4.5 x 3.5 cm. con calcificación en su interior. 2) TAC abdominal: masa de 5 x 4 cm. que podría depender de peritoneo parietal o bien de colon transverso. 3) Colonoscopia: normal. Resto de pruebas analíticas dentro de la normalidad (Fig. 1)

Se decidió intervención quirúrgica con sospecha de masa intraabdominal de origen incierto. Como hallazgos intraoperatorios se encontró tumoración inflamatoria de 7 x 6 cm. situada en la transcavidad de los epiplones, entre el mesocolon transverso y envuelta por epiplon menor. Durante la disección se realizó apertura de la tumoración inflamatoria con salida de contenido purulento y litiasis biliar de aproximadamente 1.5 cm. Presentó un postoperatorio sin incidencias siendo dada de alta en 48 horas. La anatomía patológica informó como tejido fibroadiposo con inflamación aguda abscesificada.



(Fig. 1. Masa abdominal de 5 x 4 cm (flecha))

RESULTADOS y DISCUSIÓN

En la figura 1 se observa una masa abdominal de 5 x 4 cm (flecha) a la que se hace referencia en este caso clínico.

La perforación de la vesícula durante la colecistectomía laparoscópica se produce por tres situaciones: tracciones durante la exposición, roturas mediante la disección por electrocauterio y al intentar extraer la vesícula por la puerta umbilical. Aproximadamente el 50% de las veces que se produce perforación de la vesícula existe caída de bilis y litiasis a la cavidad abdominal (6). La mayoría de las veces estas litiasis son recuperadas, quedando abandonadas en el 1% de los casos (3), aunque los datos no son bien conocidos por la falta de estudios y documentación (7).

La principal complicación del abandono de las litiasis es la formación de masas inflamatorias o abscesos intraabdominales (5, 8), aunque también se han descrito otras como adherencias, fístulas cutáneas o intestinales, etc. Las masas o abscesos se han localizado principalmente en la cavidad peritoneal (a nivel subdiafragmático, subhepático, sitio del trócar, etc.) y más infrecuentemente a nivel retroperitoneal (9).

La aparición de los síntomas es variada desde días hasta años tras la colecistectomía laparoscópica, pero la media está entre 10-12 meses postoperatorios (10). No está claro porque sólo el 20% de los pacientes (9) con litiasis intraabdominal desarrollan abscesos u otro tipo de complicaciones. Existen estudios clínicos experimentales que relacionan mayor riesgo de formación de adherencias y procesos inflamatorios con las litiasis y no con la bilis abandonada en la cavidad abdominal (11). Se han implicado en la patogénesis la presencia de conglomerados litiásicos, litiasis fragmentadas (11) o su composición química, a favor de los pigmentarios (bilirrubinato) y mixtos (12, 13). Así mismo, hay evidencias que sugieren un aumento en la aparición de estas complicaciones cuando a la presencia de la litiasis se asocia una bilis infectada en el momento de la intervención (3, 11, 13).

El diagnóstico se apoya fundamentalmente en métodos de imagen: ecografía y TAC. La base del tratamiento es la retirada de las litiasis residuales. Aunque en la mayoría de las series revisadas la cirugía, bien por vía abierta o laparoscópica, ha sido la técnica de elección, últimamente hemos sido testigos de la aparición de nuevas publicaciones donde recomiendan la extracción de las litiasis por métodos percutáneos, dejando la cirugía sólo para cuando éstas no sean resolutivas (14, 15).

REFERENCIAS

1. Catarci M., Zaraca F., Scaccia M., Carboni M. Lost intraperitoneal stones alter laparoscopic cholecystectomy: harmless sequela or reason for reoperation? *Surg. Laparosc. Endosc.* 1993; 3:318-22.

2. Targarona EM., Balague C., Cifuentes A., Martínez J., Trías M. The spilled stone: a potencial danger alter laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Endos.* 1995; 9:768-73.
3. Díez J., Arozamena C., Gutiérrez L., Bracco S., Mon A., Sánchez Almegra et al. Lost stones during laparoscopic cholecystectomy. *HBP Surg.* 1998: 11-105-8.
4. Sellés R., Asensio F., Zumárraga P., Millán M., Merino F., Ruiz J. Complicaciones tardías producidas por cálculos abandonados tras colecistectomía laparoscópica. *Cir. Esp.* 2002; 72(2): 108-10.
5. Patterson EJ., Nagy AG. Don't cry over spilled stones? Complications of gallstones spilled during laparoscopic cholecystectomy: case report and literature review. *Can. J. Surg.* 1997; 40: 300-4.
6. Gruber T., Jiru P., Lederer K., Kolb R. Extraction of difficult gallbladders by laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Laparosc. Endos.* 1992; 2: 341-3.
7. Zamir G., Lyass S., Pertsemliadis D., Katz B. The fate of the dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Endosc.* 1999; 13: 68-70.
8. Botterill ID., Davides D., Vezakis A., McMahon MJ., *Surg. Endosc.* 2001; 15(8):897.
9. Galizia G., Lieto E., Castellano P., Pelosio L., Imperatore V., Canfora F. Retroperitoneal abscess alter retained stones during laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Laparosc. Endosc.* 2000; 10:93-98.
10. Rothlin MA., Schob O., Schlumpf R., Largiader F. Stones spilled during cholecystectomy: a long-term liability for the patient. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1997; 7: 432-4
11. Johnston S., O'Malley K., McEntee G., Grace P., Smyth E., Bouchier Hayes D. The need to retrieve the dropped stone during laparoscopic cholecystectomy. *Am. J. Surg.* 1994; 167: 608-10.
12. Gurleyik E., Gurleyik G., Uucel O., Unalmiser S. Does chemical composition have a influence on the fate of intraperitoneal gallstones in rat? *Surg. Laparosc.* 1998; 8: 113-6.
13. Horton M., Florence MG. Unusual abscess patterns following dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Am. J. Surg.* 1998;175:375-9.
14. Nakamura M., Akao S. Percutaneous treatment of gallstones abscess after laparoscopic cholecystectomy using fistuloscopy. *Surg. Laparosc. Endosc. Percut. Tech.* 2001 Jun; 11(3): 204-6.
15. Roxie M., Albrecht, Bijan Eghtestad, Lawrence Gibel, Julie Locken, Anna Chaplin. Percutaneous removal of filled gallstones in a subhepatic abscess. *Am. Surg.* 2002 Feb; (68): 193-5.