



P-630 - EL RETO DE LA LITIASIS PERDIDA TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

Guerrero Ortiz, María Alejandra; Pons Fragero, María José; Radosevic, Aleksandar; Membrilla Fernández, Estela; Pelegrina Manzano, Amalia; González Castillo, Ana María; Pera Román, Miguel; Sancho Inerser, Juan

Hospital del Mar, Barcelona.

Resumen

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento estándar para la colecistitis aguda. La caída de cálculos a la cavidad peritoneal ocurre en 16%-66%, con formación de abscesos secundariamente en 0,5%

Caso clínico: Mujer de 90 años con hipertensión arterial, hernia de hiato, diabetes mellitus II, hipotiroidismo y colecistectomía laparoscópica urgente en 2011. La colecistitis aguda fue gangrenosa con vertido de litiasis. Cultivos positivos para *Streptococcus viridans* y *Escherichia coli*. Recibió ciprofloxacino + metronidazol durante 7 días. En 2014 ingresa por una tumoración eritematosa y caliente en la cicatriz del trócar en vacío derecho. La tomografía abdominal computerizada (TC) identifica absceso sobre músculo oblicuo mayor (4 × 4 × 1 mm) con trayecto fistuloso y absceso subhepático de 25 × 15 mm. Bajo anestesia general se realiza fistulectomía en bloque y terapia de presión negativa en la herida quirúrgica. Se asocia tratamiento antibiótico empírico con cefotaxima y metronidazol. Los cultivos resultaron negativos. En 2019 acude a urgencias por dolor en hipocondrio derecho, leucocitosis (17.920), neutrofilia de 76% y PCR 13 mg/dL. El TC objetiva absceso de 33 × 87 × 72 mm en la musculatura del flanco derecho, inflamación en el antiguo trayecto fistuloso y absceso subhepático de 68 × 17 mm. Se prescriben cefotaxima y metronidazol. Se colocan tres drenajes (8, 16 y 22 Fr.) por donde se instila suero fisiológico, obteniendo pus, coágulos, tejido necrótico y una litiasis. La paciente fue dada de alta asintomática en 15 días. Todos los cultivos resultaron negativos.

Discusión: La formación de abscesos es una complicación infrecuente tras el vertido de litiasis a cavidad peritoneal. Se asocia a las litiasis pigmentadas, ya que casi en el 92% presentan bacterias en su interior (B-glucuronidasa en la superficie de las litiasis). Son especialmente frecuentes en los espacios subhepático y subfrénico. Pueden diagnosticarse desde el primer mes hasta 20 años tras la colecistectomía. Los factores predisponentes son edad avanzada, sexo masculino, bilis purulenta, más de 15 litiasis, un calibre mayor de 15 mm y colecistitis aguda. Se ha propuesto la laparoscopia exploradora para la extracción de las litiasis y eventualmente la exéresis quirúrgica del trayecto fistuloso. Como alternativa para pacientes de alto riesgo quirúrgico o anestésico se puede utilizar drenajes percutáneos de gran calibre para extracción de litiasis durante un promedio de 5-7 días, aunque no evitan la recaída si quedan litiasis retenidas. No hay suficiente evidencia que sustente el uso de antibióticos posterior al procedimiento. El tratamiento de las complicaciones derivadas de las

litiasis perdidas es lo suficientemente complejo para evitarlas, asegurando el control del vertido de litiasis durante la colecistectomía laparoscópica.