



P-210 - ¿SON INOCUAS LAS LITIASIS BILIARES ABANDONADAS TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA?

Seguí Orejuela, Jordi; Segura Giménez, María Jesús; Espinosa Soria, Javier; Hernández Roca, Belén; Hernández I Santiago, Assumpta; Camacho Lozano, Julio

Hospital General de Elda, Elda.

Resumen

Introducción: La colecistectomía laparoscópica (CL) es el tratamiento considerado *gold standard* para los pacientes con litiasis biliares sintomáticas. Sin embargo, este procedimiento no está exento de complicaciones, una de ellas es la perforación de la vesícula biliar con salida de bilis y litiasis biliares a la cavidad abdominal. Este hecho puede ocurrir hasta en un 2-40% de los casos en función de las series, contribuyendo al consecuente vertido de litiasis biliares (5-19%). De estas, hasta en un 12% de los casos, pueden asociar complicaciones respiratorias.

Caso clínico: Mujer de 83 años, que acude a urgencias por dolor abdominal, tras completar estudio radiológico se observan hallazgos compatibles con una colecistitis aguda litiásica perforada por lo que se decide intervención quirúrgica urgente. En la cirugía, se evidencia salida de bilis y litiasis a cavidad abdominal, se toma muestra de la bilis y se aspiran las litiasis, se completa la colecistectomía laparoscópica sin incidencias. En posoperatorio, la paciente presenta episodio de insuficiencia respiratoria que resuelve con tratamiento médico siendo dada de alta a los 12 días. A los 5 meses de la cirugía, acude a Urgencias por dolor en hemitórax derecho, fiebre, disnea y tos con expectoración. En TC se observa un derrame pleural derecho y en espacio perihepático adyacente a diafragma una imagen sugestiva de litiasis biliar. Se realizó drenaje del derrame pleural derecho observándose en el cultivo del líquido pleural la presencia del mismo germen que en el estudio microbiológico obtenido del contenido biliar durante la colecistectomía (*Enterobacter cloacae*). Ante la evidencia de una litiasis residual migrada hacia el tórax como causa del derrame pleural, se decidió laparoscopia exploradora. En la intervención quirúrgica, se observó una litiasis biliar enclavada en la cúpula diafragmática sin llegar a pasar a cavidad torácica, se realizó extracción de la litiasis por vía laparoscópica sin incidencias. La paciente tuvo una buena evolución posoperatoria, resolviéndose el cuadro respiratorio sin incidencias.

Discusión: La incidencia de litiasis biliares residuales tras CL es difícil de calcular con exactitud debido a que en ocasiones pueden no ser observadas por el cirujano, no comunicarse, o ser asintomáticas. La forma de presentación clínica suele estar relacionada con el sitio en el que se depositaron los cálculos biliares tras ser vertidos a la cavidad abdominal. Las complicaciones torácicas, como en nuestro caso, suelen desarrollarse tras la comunicación de un absceso subdiafragmático con la cavidad pleural vía transdiafragmática, provocando las diversas complicaciones pulmonares: derrame, empiema pleurolitiasis, broncolitiasis, colelitoptisis... Las

complicaciones pueden manejarse de forma conservadora con antibioterapia, pero en muchos casos es necesario de intervenciones como la toracoscopia o la laparoscopia/laparotomía para resolver definitivamente el cuadro. A pesar de las importantes consecuencias que implica el abandono de una litiasis biliar en cavidad intraabdominal, según la literatura, no está indicado la conversión a cirugía abierta salvo casos excepcionales. Las infecciones a nivel respiratorio constituyen una de las complicaciones potencialmente graves secundarias al abandono de una litiasis biliar tras una colecistectomía laparoscópica. En estos casos, la base del tratamiento es quirúrgico con extracción de la litiasis.