



P-265 - LA RELEVANCIA DE LAS LITIASIS PERDIDAS EN LA COLECISTECTOMÍA: EL QUE BUSCA, HALLA. RESULTADOS DE UNA SERIE DE COHORTES EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

de La Serna Esteban, Sofía; Martín-Garre, Susana; Enríquez Relaño, Beatriz; Vera González, Alejandro; García-Botella, Alejandra; Rueda-de-Eusebio, Álvaro; López-Antoñanzas, Leyre; Torres, Antonio José

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Resumen

Introducción: Las complicaciones derivadas de las litiasis perdidas durante la colecistectomía es una entidad subestimada y poco estudiada.

Objetivos: Analizar la incidencia, evolución y manejo de pacientes diagnosticados de litiasis perdidas poscolecistectomía.

Métodos: Estudio de cohortes unicéntrico retrospectivo de pacientes diagnosticados con litiasis perdidas entre diciembre/2003 y marzo/2024. Se analizaron características demográficas y clínicas, datos preoperatorios, intraoperatorios, resultados posoperatorios, datos de seguimiento así como manejo y evolución de esta entidad.

Resultados: Se identificaron 34 pacientes con litiasis perdidas tras colecistectomía (0,28% del total de colecistectomías realizadas) en ese periodo. El 55,9% fueron mujeres con edad media de $67 \pm 12,4$ años. En el 53%, la colecistectomía se indicó por colecistitis, 58% de manera electiva. El abordaje fue laparoscópico en el 88% de los casos (conversión 8,8%). En el 41,2% de ellas se dejó drenaje intraabdominal y 2 pacientes presentaron complicaciones mayores Clavien & III. Solo en 8 pacientes (23%) se describió en los informes la salida de litiasis a cavidad abdominal. La mediana de demora diagnóstica de litiasis tras la colecistectomía fue de 20,6 meses (rango = 0,8-242,2), en el 56% de los casos como hallazgo incidental en pruebas de imagen realizadas por otro motivo. Entre los 15 pacientes sintomáticos, predominó el dolor (23,5%), seguido de supuración (14,7%) y fiebre (5,9%). Un paciente presentó absceso perihepático fistulizado a pleura y debutó con empiema pleural. El 70,6% se diagnosticaron por tomografía computarizada (TC), siendo las litiasis identificables en el 76%. La localización, por orden de frecuencia fue: espacio subhepático (29,4%), Morrison (26,5%), perihepático (11,8%) y pared toracoabdominal (11,8%); presentando localizaciones múltiples el 48% de los pacientes. Respecto al tratamiento, 5 pacientes fueron sometidos a drenaje percutáneo, siendo insuficiente en 3 de ellos, precisando cirugía posteriormente. En total 6 pacientes (17,6%) fueron intervenidos quirúrgicamente: 2 bajo anestesia local y 4 bajo anestesia general, ninguno de los cuales presentó complicaciones posoperatorias. La mediana de tiempo transcurrido entre diagnóstico y 1^{er} procedimiento terapéutico fue de 1,29 meses (0-19,19). En todos los pacientes intervenidos, el drenaje quirúrgico fue resolutivo sin objetivar

recidiva tras una mediana de seguimiento de 55,8 (1,1-125,8) meses. Los factores asociados significativamente a la necesidad de tratamiento fueron la existencia de síntomas (77,8%pacientes operados vs. 32%pacientes no operados; $p = 0,018$), la presencia de colección en TC (100% pacientes operados vs. 64,7% pacientes no operados; $p = 0,010$) y signos de fistulización en TC (12% pacientes operados vs. 44,4% pacientes no operados; $p = 0,039$).



Conclusiones: La incidencia de complicaciones derivadas de litiasis perdidas es baja, pero puede llegar a tener gran repercusión clínica. En pacientes sintomáticos, el cuadro clínico es larvado y con larga latencia tras la colecistectomía, por lo que resultará fundamental una alta sospecha diagnóstica. Por ello, es importante reseñar esta incidencia en los informes y enfatizar en la recogida de litiasis si se produce apertura incidental de la vesícula para evitar potenciales complicaciones futuras.