



P-266 - LITIASIS BILIAR MIGRADA HACIA PARED ABDOMINAL EN PACIENTE COLECISTECTOMIZADO, APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICO TERAPÉUTICA, PRESENTACIÓN DE CASO

Gutiérrez Vásquez, Ramiro Raphael; García Somacarrera, Elena; Gutiérrez Fernández, Gonzalo; López Useros, Antonio; García Cardo, Juan; García Rueda, Carmen; Silvino Sánchez, Cantia; Rodríguez Sanjuan, Juan Carlos

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Resumen

Introducción: Las complicaciones graves tras colecistectomía laparoscópica, incluyendo lesiones de la vía biliar, fugas biliares, sangrado y lesiones intestinales, se han descrito hasta en 2% de los procedimientos. Otras complicaciones, como la retención de cálculos en la vía biliar y síndrome poscolecistectomía, tienen una incidencia aproximada del 10%. Acerca de los cálculos libres en cavidad abdominal, resultan de la apertura incidental de la vesícula biliar durante el procedimiento, que puede ocurrir en el 10-40% de los casos, y determinar posibles eventualidades como abscesos intraabdominales, fistulas peritoneo-cutáneas e incluso migración de cálculos a localizaciones como pared abdominal y árbol bronquial. Los hallazgos radiológicos típicos incluyen imágenes hiperecogénicas en ecografía y lesiones hipodensas en la tomografía computarizada, que orientan hacia el diagnóstico.

Caso clínico: Varón de 46 años con antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica + colangiografía intraoperatoria en 2018, que previo a intervención requirió realización de CPRE en donde se realiza esfinterotomía y colocación de prótesis por coledocolitiasis, con pancreatitis pos-CPRE que condiciona importante inflamación local. Durante seguimiento, a partir del cuarto año posquirúrgico ha presentado colección recidivante en región subcostal derecha, drenada varias veces de manera percutánea, además de regímenes de antibioticoterapia en base a aislamientos bacterianos, principalmente *E. coli*, con resolución y reaparición de proceso continuamente. Ante persistente de colección, ingresa de manera programada para intervención quirúrgica; previo a intervención se realiza nuevo estudio ecográfico que confirma la presencia de la colección localizada en espacio pre peritoneal entre la pared torácica y la cara anterolateral hepática de 9 × 5 cm, con profundidad de 38 mm; En su seno se identifican imágenes hiper ecogénicas que corresponden a litiasis; se realiza marcaje de la proyección de la colección sobre la pared costal y colocación de catéter de drenaje en el seno de la colección con acceso intercostal derecho. Posteriormente se realiza exploración subcostal derecha en quirófano, referenciada por catéter, accediendo a cavidad descrita, con evidencia de colección purulenta, y múltiples cálculos poliédricos (aproximadamente 20), que se extraen, y se realiza limpieza profusa. El posquirúrgico no presenta incidencias, siendo dado de alta tras un día de hospitalización, y durante seguimiento posterior se aprecia resolución completa de proceso.

Discusión: La patología infecciosa de pared abdominal resulta compleja, y puede presentar un origen multifactorial; al respecto resulta importante indagar en antecedentes quirúrgicos, y no descartar complicaciones tardías ante la ausencia de un origen infeccioso evidente. Destacamos la utilización de recursos diagnóstico-terapéuticos, como el marcaje y colocación de drenaje guiado por ecografía de la colección mencionada en el presente caso que fue fundamental para la posterior intervención quirúrgica, y la resolución definitiva de la patología.