



# Cirugía Española

[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)



## P-204 - COMPLICACIONES POR PERFORACIÓN VESICULAR DURANTE LA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA

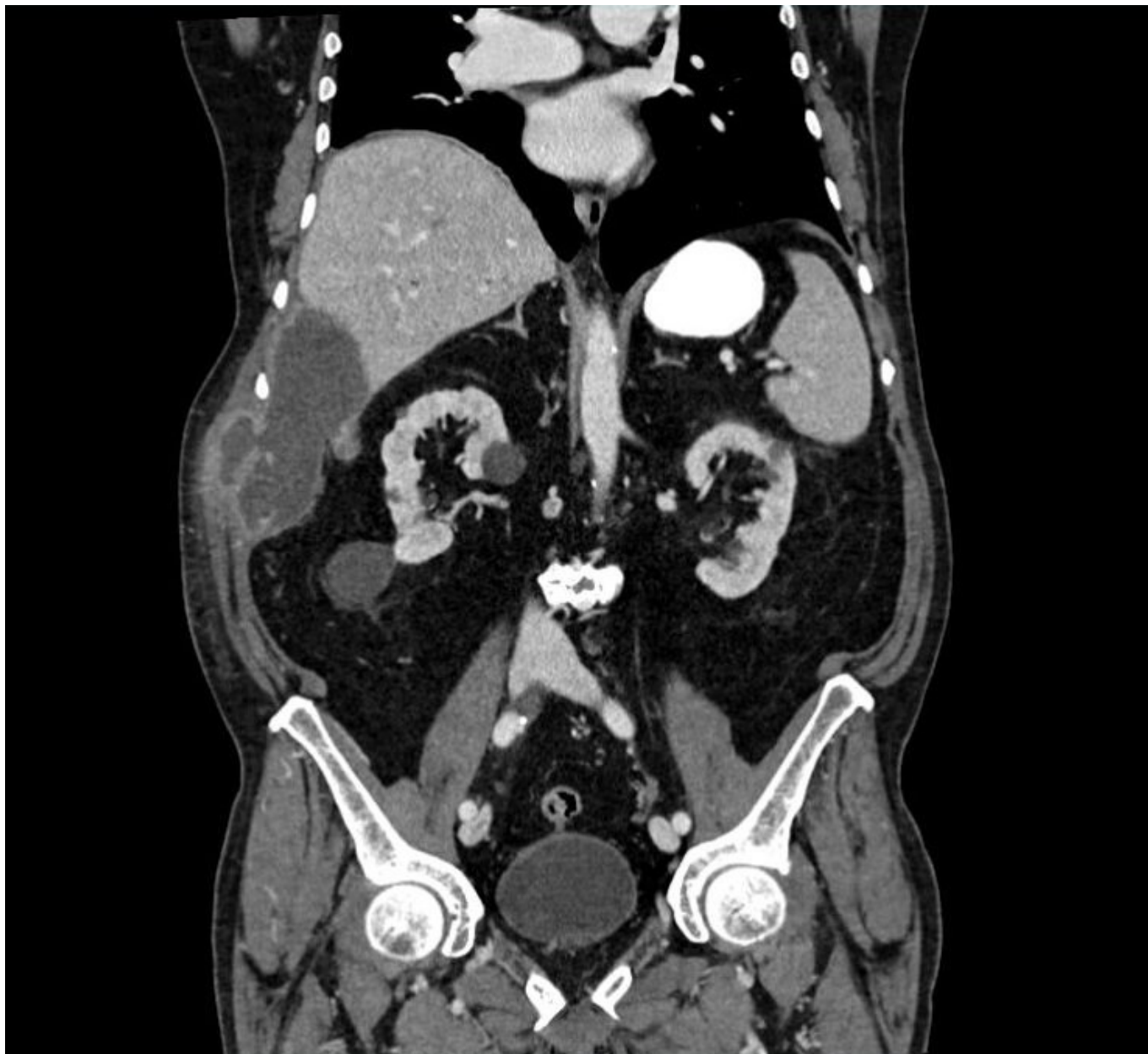
*Jiménez Moreno, Isabel María; Medina Manuel, Esther; Méndez Martínez, Marcelino; Carrasco Prats, Milagros; Valero Soriano, María; López Morales, Pedro; Giménez Francés, Clara; Albarracín Marín-Blázquez, Antonio*

*Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.*

### Resumen

**Introducción:** La colecistectomía laparoscópica (CLP) está asociada con la perforación vesicular intraoperatoria en un 5-40% de los casos, lo que supone un riesgo de contaminación intraabdominal por bacterias o litiasis, ya que un 20% de estas no pueden ser extraídas por su número, fragmentación o localización. Entre las complicaciones por cálculos residuales se incluyen sepsis, fístulas a otros órganos o piel, o abscesos que asocian reacción inflamatoria.

**Caso clínico:** Varón de 80 años diabético e hipertenso, con antecedentes de enfermedad renal crónica y tromboembolismo pulmonar, anticoagulado con acenocumarol, que ingresó en noviembre de 2019 por pancreatitis aguda litiásica, por lo que se programó para CLP un mes después. Durante la intervención se produjo la perforación vesicular con pérdida de cálculos en peritoneo. Consultó en el servicio de Urgencias de nuestro hospital un año después de la cirugía por cuadro de dolor en hipocondrio derecho de 4 meses de evolución y fiebre de hasta 38,5 °C. A la exploración, presentaba abombamiento del hemiabdomen derecho así como dolor y defensa a la palpación a ese nivel. En la analítica destacaba un ácido láctico de 2,3 y 13.900 leucocitos con desviación izquierda. Se realizó una TC abdominal que evidenció una colección de 3,7 × 12 cm entre los músculos transverso y oblicuo derecho que se extendía al espacio perihepático posterior derecho, compatible con una colección o hematoma posquirúrgico. Bajo anestesia local y control ecográfico se realizó el drenaje de la colección con salida de aproximadamente 1,5L de material purulento del que se tomó cultivo (positivo para *Citrobacter freundii* sensible a ciprofloxacino) y se dejó un drenaje Penrose en la cavidad abscesual. Se decidió ingreso a cargo de cirugía para tratamiento antibiótico intravenoso y curas de la herida. Tras seis días de ingreso se realizó TC de control que objetivó la práctica resolución de la colección. Dada la mejoría clínica y radiológica del paciente se decidió alta a domicilio con antibiótico oral y control ambulatorio.



**Discusión:** La perforación de vesícula durante la CLP puede darse por una tracción excesiva, durante la disección del lecho hepático o durante la extracción de la pieza quirúrgica por el trócar umbilical. Las complicaciones asociadas a la salida de cálculos son poco frecuentes, y suelen presentarse con una clínica larvada e intermitente, la cual puede tener lugar varios meses o incluso años tras la cirugía, como en nuestro caso, lo que dificulta su asociación con la intervención. La forma más frecuente de presentación es mediante abscesos abdominales (subhepático, intrahepático, subfrénico o subcutáneo), aunque puede presentarse por una neumonía, dolor pélvico crónico o incluso como masas hepáticas, entre otros. La mayoría de los casos son leves, pudiendo resolverse con drenaje percutáneo, pero si el paciente presenta síntomas de irritación peritoneal o peritonitis puede requerir tratamiento quirúrgico. Por ello, es importante recalcar la necesidad de dejar reflejado en el protocolo quirúrgico las incidencias producidas durante la cirugía para ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial de las complicaciones en caso de una mala evolución del paciente.