

Cálculos biliares libres en cavidad abdominal. ¿Son tan inocuos?

Dr. Guillermo Ismael Jiménez Sosa.

Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Instructor en Cirugía. Hospital Universitario "General Calixto García".

RESUMEN

Los cálculos biliares abandonados en la cavidad abdominal tras una colecistectomía laparoscópica pueden dar lugar a complicaciones que, aunque poco frecuentes, pueden ser graves. La práctica de la colecistectomía laparoscópica (CL) se ha extendido considerándola el proceder de elección para la litiasis vesicular. Durante su realización abandonar un cálculo biliar en la cavidad abdominal nos parecía tan inocuo que no se realizan todos los esfuerzos para su extracción. En la serie de cirugía por video laparoscopia donde he participado como cirujano actuante o ayudante en el período de más de 10 años en los hospitales "Celia Sánchez Manduley" y Hospital Universitario "General Calixto García", con un record de más de 3000 pacientes operados por esta vía sólo se presentó una complicación que fue de difícil manejo y que constituyó la primera fístula peritoneo cutánea por cálculo biliar libre en la cavidad abdominal.

Palabras Claves: Colecistectomía Laparoscópica, cálculos biliares, fístula peritoneo cutánea.

SUMMARY

The biliary calculus in the abdominal cavity after a laparoscopic cholecystectomy procedure can lead to some complications that although they are not frequent, they could lead to a serious medical condition. The practice of laparoscopic cholecystectomy (LC) has been

very used nowadays. It is considered the current choice for the diagnosis of vesicular lithic disease. During its performance, to let a biliary calculus in the abdominal cavity seems to be so innocuous that physicians do no efforts to remove it in their medical practice. In the hospitals "Celia Sánchez Manduley" and the University Hospital "General Calixto Garcia Iñiguez" was found only one complication in the laparoscopy using a video, in a period of more than 10 years, with a record of more 3000 operated patients which was of a hard management and that was the first peritoneal cutaneous fistula due to free biliary calculus in the abdominal cavity.

Key words: Laparoscopic Cholecystectomy, biliary calculus, peritoneal cutaneous fistula.

INTRODUCCIÓN

La perforación de la vesícula biliar ocurre frecuentemente durante la colecistectomía laparoscópica (CL) dándose cifras entre 10 y 40%. (1-4). El derrame de bilis y cálculos en la cavidad peritoneal es menos frecuente; el encontrarlos y retirarlos suele ser extremadamente laborioso y por lo general la tarea es abandonada en la creencia que estos son poco dañinos. Sin embargo, la exacta biología natural de estos cálculos extraviados no está bien dilucidada y parece ser que no son tan inocuos como se creía, ya que con frecuencia se están reportando variadas complicaciones

tardías de esta condición (5-7). Entre ellas se han encontrado las fístulas peritoneo cutáneas, como es el caso que presentamos, objetivo de este trabajo.

Caso clínico

Paciente de 42 años, sexo femenino, con antecedente de colecistectomía laparoscópica por litiasis vesicular hace 2 años y de alergia al yodo hace 30 años. Llega a consulta refiriendo aumento de volumen en la región lumbar derecha con expulsión de secreciones verde amarillentas mezcladas con un "barro negro" acompañado de prurito intenso y sensación de quemazón alrededor de la lesión. Refiere además que ha presentado varios cuadros de infecciones urinarias después de su operación. Se realiza exámen de la lesión y se comprueba un absceso bien conformado a este nivel, con elementos inflamatorios y expulsión de pus y barro biliar a través de un punto en su centro. Se procede a realizar incisión y drenaje, antibióticoterapia local y oral.

Se realiza previamente urocultivo encontrando crecimiento de bacteria E. Coli, sensible a Gentamicina. Se impone tratamiento con la misma por 7 días. Después de transcurridas cuatro semanas la paciente regresa a consulta sin lesión local, aparentemente curada, urocultivo evolutivo negativo y procedemos a realizar Ultrasonografía abdominal. Este estudio detecta la presencia de cálculos en el lecho vesicular en una paciente que a pesar de estar colecistectomizada la imagen recuerda la vesícula biliar. Además se dibuja un trayecto fistuloso que efectivamente termina en la piel de la región lumboabdominal derecha. Al revisar la historia clínica se encuentra que su intervención quirúrgica fue laboriosa. Durante el transoperatorio se produjo la apertura de

la vesícula biliar siendo separada del lecho hepático y la consecuente caída de cálculos a la cavidad peritoneal. Se retiran la mayor cantidad de cálculos, todos los observados de mayor diámetro y se termina la intervención sin accidente. La paciente egresa a las 6 horas del postoperatorio.

En esta ocasión se realiza discusión del caso y se decide realizar laparoscopia para exploración de la cavidad abdominal siendo imposible llegar hasta la posible localización de los cálculos y la fístula por encontrarse múltiples adherencias firmes, que sangraban con mucha facilidad, lo que reafirma los estudios de Gurleyik y cols. (8), que han demostrado en animales el aumento significativo de la formación de adherencias y la posibilidad de abscesos (9-11), ante la presencia de cálculos abandonados en la cavidad peritoneal y concluyen que la composición química de los cálculos juega un rol determinante. Así, aquellos con pigmentos producen más reacción que los de colesterol (7).

Esto nos obligó a realizar la exploración quirúrgica convencional del trayecto fistuloso. Se drenó material purulento escaso y se evacuó mayor cantidad de barro biliar y pequeños cálculos biliares. Se realizó fistulectomía dejando la cavidad abierta y drenada. Buena evolución posoperatoria, con remisión de la sintomatología y cicatrización completa de la herida a los 4 meses de seguimiento. Transcurridos 3 meses del alta definitiva de la consulta, la paciente regresa nuevamente refiriendo similar sintomatología pero esta vez con la salida de un hilo de sutura de poliéster por el centro de la lesión. Se indica exudado de la lesión con cultivo y antibiograma encontrando el crecimiento de Estafilococo aureus sensible

a la tetraciclina. Se trata la lesión localmente, se administran antibióticos oral y local durante 3 semanas con el diagnóstico de granuloma de la cicatriz quirúrgica y se obtiene regresión total del cuadro. En esta ocasión decidimos culminar el tratamiento con la crioterapia local lo que favoreció la cicatrización útil y la estética de la zona perilesional que estaba muy afectada (figuras 1, 2, 3,4).



DISCUSIÓN

En los últimos años la CL se ha convertido en el tratamiento de elección de la litiasis biliar no complicada. Esta nueva era de cirugía laparoscópica nos ha enfrentado a inesperadas complicaciones tardías que no eran vistas con la colecistectomía abierta (11,12).

Se ha descrito con la colecistectomía laparoscópica, la ocurrencia de una perforación de la vesícula biliar, como el evento intraoperatorio más frecuente, que puede ocurrir cuando está siendo separada la vesícula del lecho hepático o bien cuando se exterioriza por uno de los sitios de punción. La perforación vesicular, el derrame de bilis y cálculos en la cavidad peritoneal ocurren hasta en un tercio de los pacientes (7,10, 12), aunque su real frecuencia es difícil

de determinar. El aseo y en forma especial la extracción de este material es laborioso y tedioso, lo que hace que por lo general los cálculos sean abandonados por el cirujano, en la creencia que estos son inocuos.

Dentro de las complicaciones vinculadas con el abandono de cálculos en la cavidad peritoneal se describen abscesos intraabdominales, empiema, fístulas, incorporación en ovario, absceso en puerto de entrada, litiasis en saco herniario, tránsito bronquial, granuloma vesical, expulsión de litiasis biliar por vía urinaria(4-7,9,12, 13).

La constitución de abscesos intraabdominales secundarios a cálculos biliares abandonados en cavidad peritoneal durante una colecistectomía laparoscópica constituye una grave complicación que puede ocurrir muchos años después del procedimiento (14-16).

La exploración del trayecto fistuloso y la extracción del cálculo o de los cálculos, dejándolo ampliamente abierto (1), permiten la resolución definitiva del cuadro en algunas situaciones como la presente. Si bien la colecistectomía laparoscópica ha demostrado sus múltiples ventajas con respecto a la cirugía convencional, estas complicaciones descritas se vinculan al procedimiento laparoscópico. Para evitarlas es necesario realizar una cuidadosa técnica quirúrgica, tratando de no abrir la pared vesicular durante la colecistectomía y extraer la vesícula y los cálculos en una bolsa de nylon, con maniobras delicadas, sin forzar la extracción y de ser necesario ampliar el puerto por el cual se está realizando la maniobra (1).

En caso de producirse la rotura y el pasaje de cálculos a la cavidad peritoneal es necesaria una exhaustiva exploración y extracción de

todos los cálculos, procedimiento que se torna laborioso y que demanda un tiempo adicional considerable en caso de litiasis múltiples y pequeñas.

La forma poco común de presentación de la litiasis biliar abandonada como fístula cutánea, no suele ser sospechada en el preoperatorio. La presencia de cálculos biliares mezclados con el material purulento en nuestra paciente, nos facilitó el diagnóstico. El estudio, una vez presentada la complicación, incluye ecografía, TAC y eventualmente una fistulografía. En el caso que nos ocupa con la Ultrasonografía fue suficiente para corroborar el diagnóstico. El tratamiento consistió en la extracción de los cálculos mediante una fistulectomía amplia y drenaje de la herida quirúrgica con cierre parcial de la misma. Se obtuvo una regresión total del cuadro.

CONCLUSIONES

Los cálculos biliares libres o abandonados en la cavidad abdominal no son tan inocuos como se pensaba. Se sugiere incluir una información preoperatoria al paciente que la situación puede ocurrir dependiendo de las condiciones de la vesícula biliar y del tamaño y número de cálculos ya que aunque su frecuencia es baja la morbilidad es considerable y puede acarrear consecuencias médico legales. Cuando sucede el evento en el intraoperatorio, se debe extraer la vesícula en bolsa y desplegar todo el esfuerzo posible intentando el retiro de los cálculos con un aseo prolijo de la cavidad (no está indicada la laparotomía), así como consignar claramente en el protocolo operatorio la ocurrencia del hecho, informar al paciente y seguirlo estrechamente en el post operatorio.

Probablemente esta situación no sucedería si el cirujano tuviera en mente la posibilidad de esta complicación tardía, informara a su paciente en el post operatorio y lo siguiera estrictamente a largo plazo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodrigo Iglesias G, Kuen Lee Ch, Donaire JMA, Kerrigan NB. Fístula peritoneocutánea por cálculos biliares. Una complicación tardía de la colecistectomía laparoscópica. *Rev. Chilena de Cirugía*. Febrero 2009; vol 61(1):. 39-43.
2. Schafer M, Suter C, Klaiber C. Spilled gallstone after laparoscopic cholecistectomy. A relevant problem? A retrospective analysis of 10.174 laparoscopic cholecistectomies. *Surg Endosc* 1998; 12: 291-293.
3. Memon MA, Deeik RK, Maffi TR, Fitzgibbons RJ Jr. The outcome of unretrieved gallstone in the peritoneal cavity during laparoscopic cholecistectomy. A prospective analysis. *Surg Endosc* 1999; 13: 848-857.
4. Diez J, Arozamena C, Gutiérrez L. Lost stone during laparoscopic cholecistectomy. *HPB Surg* 1998; 11: 105-108; discussion 108-109.
5. Rice DC, Memon MA, Jamison RL. Long term consequences of intraoperative spillage of bile and gall stones during laparoscopic cholecistectomy. *J Gastrointest Surg* 1997; 1: 85-91.
6. Catarci M, Zaraca F, Scaccia M, Carboni M. Lost intraperitoneal stones after laparoscopic cholecistectomy: harmless sequel or reason for reoperation? *Surg Laparosc Endosc* 1993; 3: 318-322.
7. Pardo Gómez G. Litiasis biliar. En *Temas de Cirugía de Pardo Gómez G, García Gutiérrez A y otros*. ECIMED. La Habana 2010. Tomo II; cap.61.
8. Gurleyick E, Gurleyick G, Yucel O, Unalmiser S. Does chemical composition have an influence on the fate of intraperitoneal gallstone in rat? *Surg Laparosc Endosc* 1998; 8: 113-116
9. Glasgow RE, Mulvihill SJ. Treatment of gallstone disease. In *Sleisenger & Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease*. Feldman M, Friedman LS, Brandt LJ editors. Saunders Elsevier, 9th. Ed. Philadelphia, USA, 2010; chap.66.
10. Tzardis PJ, Vougiouklakis D, Lymperi M. Septic and other complications resulting from biliary stones placed in the abdominal cavity: experimental study in rabbits. *Surg Endosc* 1996; 10: 553-556.
11. Quevedo Guanche L. Colecistitis aguda. Clasificación etiológica, diagnóstico y tratamiento. *Rev Cubana Cir abr.-jun.* 2007; vol.46(2).
12. Pardo Gómez G. Litiasis vesicular. *Rev Cubana Cir sep.-dic.* 2008; vol.47 (3).
13. Rosin D, Korianski Y, Yudich A. Lost gallstones found in a hernial sac. *J Laparoendosc Surg* 1995; 5: 409-411. [Links] Schirmer BD, Winters KL, Edlich RF. Cholelithiasis and cholecistitis. *J Long Term Eff Med Implants* 2005; 15: 329-338.
14. Cohen RV, Pereira PR, Barros MV. Is the retrieval of lost peritoneal gallstone worthwhile? *Surg Endosc* 1994; 8: 1360.
15. Mori T, Suzuki Y, Sugiyama M, Atomi Y. Choledocholithiasis. In: *Bland KI, Büchler MW, Csendes A, Garden OJ, Sarr MG, Wong J, editors. General Surgery. Principles and International Practice. Second Edition*. London: Springer-Verlag London; 2009:1061-73.

16. Martin DJ, Vernon DR, Toouli J. Tratamiento quirúrgico versus endoscópico de los cálculos de conductos biliares. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.

INICIO