



Complicaciones inusuales por cálculos abandonados durante colecistectomía laparoscópica

FERNANDO QUIROZ ROMERO*, RICARDO PARRA ZULUAGA**, ANDRÉS JARAMILLO OSPINA***

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica, complicaciones postoperatorias, cálculos biliares, fístula, absceso intraabdominal, peritonitis.

Resumen

La perforación de la vesícula y la fuga de cálculos son más frecuentes durante colecistectomía laparoscópica que durante el procedimiento abierto. Existe controversia acerca de la morbilidad relacionada con el abandono de cálculos en la cavidad peritoneal y algunos autores sugieren que es inocuo; sin embargo, son frecuentes en la literatura los informes sobre complicaciones. En el presente artículo reportamos dos casos, uno con una fístula peritoneo cutánea desde el receso subfrénico hasta el glúteo derecho, y otro con absceso pélvico que se manifestó con sepsis y abdomen agudo, ambos en forma tardía.

Se describe el manejo por laparoscopia, el cual fue exitoso en los dos casos.

Introducción

La colecistectomía es el procedimiento intraabdominal electivo practicado más frecuentemente y la vía laparoscópica, por todas sus ventajas, es el “patrón oro” actual⁽¹⁻³⁾. Sin embargo, algunos autores consideran que la incidencia de complicaciones como lesiones de la vía biliar aún permanece alta en relación con el procedimiento abierto⁽⁴⁾. Igualmente, la perforación de la vesícula y la fuga de cálculos son más frecuentes durante el procedimiento laparoscópico. La extracción de los cálculos fugados es dispendiosa y en el intento por extraerlos se pueden ocasionar lesiones al paciente⁽⁴⁻⁶⁾. Existe controversia respecto a la necesidad de extraer estos cálculos, pues algunos autores, apoyados en estudios con animales y revisiones retrospectivas, consideran que su morbilidad es muy baja o despreciable^(7,8). La impresión de los autores era similar y limitábamos nuestros esfuerzos para extraer los cálculos fugados cuando no existían factores de riesgo asociados.

Recientemente nos enfrentamos a casos operados inicialmente en otra institución, con complicaciones por demás inusuales, las cuales reportamos en este artículo y describimos el manejo laparoscópico de las mismas.

Caso 1

Paciente de 66 años, de sexo femenino que ingresó al servicio de urgencias con historia de fiebre, malestar

* Cirujano General, Coordinador Cirugía Clínica Materno Infantil los Farallones, Cali, Colombia.

** Cirujano General Clínica Materno Infantil los Farallones, Cali, Colombia.

*** Cirujano General Clínica Materno Infantil los Farallones, Cali, Colombia.

Fecha de recibo: Enero 30 de 2002
Fecha de aprobación: Febrero 25 de 2003

general, náuseas, vómitos y dolor pélvico de 24 horas de evolución. Tenía antecedentes de hipertensión arterial y colecistectomía laparoscópica dos años antes.

Al examen lucía séptica, en mal estado general, febril, deshidratada, con marcado dolor abdominal y defensa generalizada.

Se inició hidratación, con mejoría de sus condiciones generales. Se realizó diagnóstico de abdomen agudo de etiología no clara y se decidió una exploración laparoscópica.

A través de un trocar umbilical se introdujo un lente de 10 mm de cero grados, y se identificó un líquido peritoneal de aspecto purulento, eritema de asas intestinales delgadas y membranas de fibrina hacia la región abdominal inferior. Se introdujeron dos trocates adicionales de 5 mm, uno suprapúbico y otro en fosa ilíaca derecha, y se revisó la cavidad peritoneal, encontrando una colección purulenta en el fondo de saco de Douglas; se aspiró el contenido y en el interior de la cavidad del absceso se observaron tres cálculos biliares de pigmento, que se extrajeron en una bolsa a través del puerto umbilical. Se completó el drenaje y se lavó la cavidad peritoneal. A las 48 horas se dio de alta con antibióticos orales. Ocho meses después continúa asintomática.

Caso 2

Paciente de 36 años, de sexo femenino remitida por dolor en glúteo derecho no relacionado con los movimientos, de ocho meses de evolución. Sometida a múltiples tratamientos previos con AINES y terapia física, sin mejoría. No había antecedente de punciones glúteas en los últimos diez años; 15 días antes de la consulta presentó eritema y calor local en el área del dolor. Se le había practicado colecistectomía laparoscópica dos años antes; absceso glúteo complicado diez años antes, tratado con drenaje, desbridamiento y antibióticos. Al examen se encontraba en buen estado general; el glúteo derecho presentaba dolor, leve induración, no había eritema ni calor local.

Por sospecha de absceso se realizó una punción diagnóstica, obteniendo 10 ml de material purulento; posteriormente se practicó drenaje quirúrgico y se obtuvieron aproximadamente 100 ml de pus.

El cultivo reportó *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente, por lo cual se sospechó la presencia de un cuerpo extraño o una fístula, dado el antecedente de absceso en la misma área y la ausencia de punciones en los diez años anteriores. Se solicitó una fistulografía que mostró un trayecto fistuloso que ascendía por el retroperitoneo hasta la fosa renal derecha, donde se unía con una cavidad saculiforme sin comunicación con el intestino. Una tomografía axial computarizada mostró una colección lateral al riñón derecho, adyacente al lóbulo derecho del hígado (figura 1), con compromiso de la cápsula renal derecha (figura 2). Con estos hallazgos se programó una exploración laparoscópica.



FIGURA 1. Fístula peritoneo cutánea.

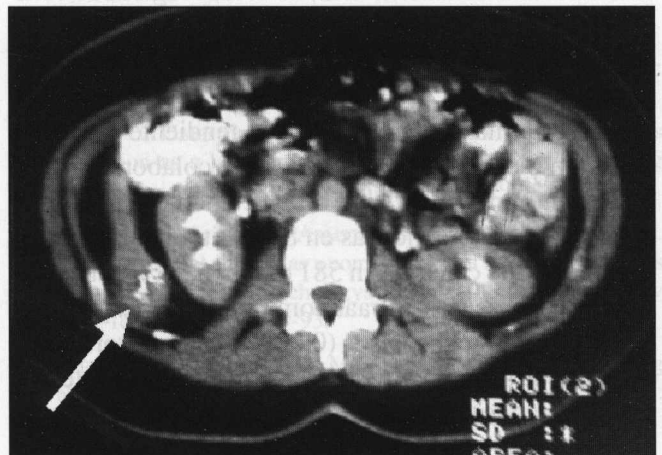


FIGURA 2. Absceso retroperitoneal.

Se introdujeron tres trócares de 10 mm, uno umbilical, otro subxifoideo y otro en flanco derecho, y un trocar de 5 mm en el hipocondrio derecho. Se levantó el colon derecho, encontrando el trayecto fistuloso, el cual se desbrida hasta la pelvis, donde desaparece entre los planos musculares. Posteriormente se abrió la cápsula de Gerota del riñón derecho y se descartó compromiso de ésta; se dividió la cavidad del absceso, el cual se ubicaba lateral y posterior al borde hepático derecho. Se drenó escasa cantidad de pus y abundantes cálculos biliares de pigmento, los cuales se extrajeron en una bolsa por el puerto subxifoideo. Se desbridó, lavó y aspiró la cavidad del absceso y se concluyó el procedimiento, sin dejar drenes.

La evolución fue satisfactoria y se dio de alta a las 48 horas; 22 meses después continúa asintomática.

Discusión

La perforación de la vesícula y la fuga de cálculos durante colecistectomía laparoscópica es más frecuente que durante el procedimiento abierto⁽⁵⁻⁷⁾; su posterior extracción de la cavidad peritoneal plantea problemas técnicos que hacen muy difícil, y en ocasiones imposible, evacuarlos completamente sin correr el riesgo de iatrogenia^(5,6). Esta dificultad sumada al hecho que algunos autores consideran inocuo abandonarlos^(7,9), ha llevado a que frecuentemente se dejen sin realizar mayores esfuerzos por extraerlos.

En nuestra experiencia con más de 1.500 colecistectomías laparoscópicas realizadas en una población relativamente cautiva, no hemos registrado complicaciones que pudiéramos relacionar con el abandono de cálculos en la cavidad.

La serie más grande publicada tendiente a evaluar esta complicación es la de Schafer y colaboradores⁽⁷⁾, quienes hacen una revisión de 10.174 colecistectomías laparoscópicas practicadas en 82 instituciones, encontrando fuga de cálculos en 581 casos (5,7%) y una incidencia de abscesos intraabdominales que requirieron laparotomía en ocho casos (0,08%). Estos autores consideran que si bien la fuga de cálculos es frecuente, sus complicaciones son mínimas y no recomiendan hacer grandes esfuerzos por extraerlos.

La mayoría de los reportes incluyen uno o dos casos y la variedad de complicaciones es amplia, incluyendo abscesos intrabdominales^(6,10-13), empiema por perforación del diafragma^(14,15), colangitis⁽¹⁶⁾, obstrucción intestinal⁽¹⁷⁾, expulsión de cálculos por la uretra⁽¹⁸⁾, fistulas peritoneo cutáneas^(8,19), abscesos de la pared abdominal^(9,20-22), etc.

Los casos aquí reportados, al igual que otros informes^(19,23), enseñan que las complicaciones pueden ser tardías y tan serias que pueden amenazar la vida del paciente. Adicionalmente, el costo de su manejo es elevado, por lo cual consideramos que deben realizarse todos los esfuerzos tendientes a evitar la fuga de cálculos durante el procedimiento y en caso que ello ocurra, intentar extraerlos en la medida que no se cause daño al paciente.

Algunas maniobras reportadas^(5,6,24) para evitar la fuga de cálculos incluyen la disección cuidadosa del lecho para evitar la perforación de la pared de la vesícula. Si ésta ocurre, se debe ocluir colocando clips o un asa de endoloop en la perforación o reubicando el instrumento de tracción, ocluyendo el orificio. La extracción del espécimen en bolsa también previene la fuga de cálculos durante la fase de extracción de la vesícula.

Nosotros hemos desarrollado una técnica simple, que permite extraer los cálculos menores de 10 mm sin manipularlos: una vez concluida la cirugía, dejamos que la presión del gas intraabdominal alcance el límite superior, llevamos la punta del trocar subxifoideo de 10 mm lo más cerca posible de los cálculos que intentamos extraer y rápidamente abrimos la válvula o retiramos la tapa del trocar, con lo cual los cálculos son fácilmente expulsados por la presión positiva. Cuando estos tienen más de 10 mm los fraccionamos y realizamos el mismo procedimiento.

A diferencia de lo mencionado en la literatura^(10,12,13,21,23), en los casos reportados no fue posible visualizar los cálculos ni en los rayos X simple ni en la escanografía. En ambos casos fue un hallazgo durante la laparoscopia, la cual hacemos en todos los casos de dolor abdominal sin diagnóstico definido⁽²⁵⁾.

Conclusiones

La fuga de cálculos es más frecuente en la colecistectomía laparoscópica que en la colecistectomía abierta; su frecuencia oscila entre el 6 y el 32% y las complicaciones son poco frecuentes, 0,08%. Sin embargo, estas complicaciones pueden amenazar la vida del paciente e im-

plican costos económicos, sociales y psicológicos adicionales, por lo cual se deben hacer todos los esfuerzos para evitar la fuga de cálculos durante la colecistectomía laparoscópica y extraerlos de la cavidad abdominal cuando esta ocurre. El manejo laparoscópico de las complicaciones es técnicamente posible.

Abstract

Perforation of the gallbladder and spilling of calculi are more frequent in laparoscopic cholecystectomy as compared with the open procedure. There is continued controversy in regard to the morbidity related to spilled gallstones in the peritoneal cavity. Whereas some authors consider that lost gallstones are innocuous, there are frequent reports of related complications in the surgical literature. In this paper we report two cases: a peritoneocutaneous fistula originating in the right subphrenic space and traversing to the right gluteus, an a pelvic abscess that presented with sepsis and a cute abdomen, both occurring in the late postoperative period.

Key words: laparoscopic cholecystectomy, postoperative complications, biliary calculi, fistula, intra abdominal abscess, peritonitis

Referencias

1. SOPER J.N, STOCKMANT P, DUNNEGAN DL, et al. Colecistectomía laparoscópica: "El nuevo patrón de oro?". Rev Colomb Cir 1992; 7: 13-18.
2. PATIÑO J.F. Cirugía de Invasión Mínima: Una Nueva Teoría Quirúrgica. En Cervantes J, Patiño J.F. Cirugía Laparoscópica y Torascópica México D.F. McGraw Hill 1997; 1-7.
3. LICHTEN J.B, REID J.J, ZAHALSKY M.P, FRIEDMAN R.L. Laparoscopy cholecystectomy in the new millennium. Surg Endosc 2001; 15: 867-872.
4. OLSEN D O, Bile Duct injuries during laparoscopic cholecystectomy: A decade of experience. J Hepatobiliary Pancreat Surg 2000; 7: 35-39.
5. ASBUN Y.H. Prevención, diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de la colecistectomía laparoscópica. En: Cervantes J, Patiño J.F. Cirugía Laparoscópica y Torascópica. México D.F. McGraw Hill 1997; 79-84.
6. WILTON P.B, ANDY O.J JR, PETERS J.J, et al. Laparoscopic cholecystectomy. Leave no (spilled) stone unturned. Surg Endosc 1993; 7: 537-8.
7. SCHAFER M, SUTER C, KLAIBER C, et al. Spilled gallstones after laparoscopic cholecystectomy. A relevant problem? A retrospective analysis of 10,174 laparoscopic cholecystectomies. Surg Endosc 1998; 4: 291-3.
8. GRETSCHEL S, ENGELMANN C, ESTEVEZ-SCHWARZ L, SCHLAG P.M. Wolf in sheep's clothing: spilled gallstones can cause severe complications. Surg Endosc 2001; 1: 98.
9. WETSCHER G, SCHWAB G, FEND F, et al. Subcutaneous abscess due to gallstones lost during laparoscopic cholecystectomy. Endoscopy 1994; 3: 324-5.
10. AKYAR G, AYTAC S, YAGCI C, AKYAR S. Abscess formation due to dropped gallstone after laparoscopic cholecystectomy. Eur J Radiol 1997; 3: 242-5.
11. EISENSTAT S. Abdominal wall abscess due to spilled gallstones. Surg Laparosc Endosc 1993; 6: 485-6.
12. FROLA C, CANNICI F, CANTONI S, et al. Peritoneal abscess formation as a late complication of gallstones spilled during laparoscopic cholecystectomy. Br J Radiol 1999; 854: 201-3.
13. PARRA D E, MUNSHI I.A, ARMSTRONG J.H, SLEEMAN D, LEVI J.U. Retroperitoneal abscess as a complication of retained gallstones following laparoscopic cholecystectomy. J Laparoendosc Adv Surg Teex A 1998; 2: 89-93.
14. WERBER Y.B, WRIGHT C.D. Massive hemoptysis from a lung abscess due to retained gallstones. Ann Thorac Surg 2001; 1: 278-9.

15. DE VINCENZO R, HARAMATI LB, WOLF EL, KLAPPER PJ. Gallstone empyema complicating laparoscopic cholecystectomy. *J Thorac Imaging* 2001; 3: 174-6.
16. PETIT F, VONS C, TAHRAT M, et al. Jaundice following laparoscopic cholecystectomy. An unusual complication of spilled stones. *Surg Endosc* 1998; 5: 450-1.
17. HUYNH T, MERCER D. Early postoperative small bowel obstruction caused by spilled gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Surgery* 1996; 3: 352-3.
18. CHIA JK, ROSS M. Gallstones exiting the urinary bladder: a complication of laparoscopic cholecystectomy. *Arch Surg* 1995; 6: 677.
19. ONG EG, WATKINS RM. Delayed presentation of spilled gallstones. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 1999; 5: 445-7.
20. YAO CC, WONG HH, YANG CC, LIN CS. Abdominal wall abscess secondary to spilled gallstones: late complication of laparoscopic cholecystectomy and preventive measures. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2001; 1: 47-51.
21. THAM CH, NG BK. Gallstone granuloma: a rare complication of laparoscopic cholecystectomy. *Singapore Med J* 2001; 4: 174-5.
22. NARREDDY SR, GULERIA S, AGARWAL S, et al. Recurrent abscess at site of laparoscopic cholecystectomy port due to spilled gallstones. *Indian J Gastroenterol* 2001; 4: 161.
23. RIOUX M, ASSELIN A, GREGOIRE R, DALLAIRE C. Delayed peritoneal and retroperitoneal abscesses caused by spilled gallstones: a complication following laparoscopic cholecystectomy. *Abdom Imaging* 1995; 3: 219-21.
24. LESLIE KA, RANKIN RN, DUFF JH. Lost gallstones during laparoscopic cholecystectomy: are they really benign? *Can J Surg* 1994; 3: 240-2.
25. QUIROZ F, PARRA R, JARAMILLO J A. Laparoscopia en abdomen agudo, trabajo presentado en el XXVII Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Cirugía, agosto 2001. No publicado.

Correspondencia:

FERNANDO QUIROZ ROMERO

Correo electrónico: quiroz60@hotmail.com

Calí, Colombia



Asociación Colombiana de Cirugía

Sitio en la Red: www.ascolcirugia.org

E-mail: sccirug@colomsat.net.co

Revista Colombiana de Cirugía

Sitio en la Red: www.ascolcirugia.org/revista