



COMPLICACIONES EN EL LECHO QUIRÚRGICO EN PACIENTES COLECISTECTOMIZADOS.



Hospital de Trauma y Emergencias Dr. Federico Abete, Malvinas Argentinas.

Autores: Palacios L.; Delgado J.; Narváez Y.; Carreño H.; Baño C.; Castro L.; Crosta J.; Abramzon F.

OBJETIVOS

1. Reconocer y describir mediante pruebas de imagen las complicaciones confinadas al lecho quirúrgico en pacientes que cursan con postoperatorio de colecistectomía.
2. Demostrar la utilidad de la tomografía con doble contraste en el diagnóstico precoz de las complicaciones de la colecistectomía, entre ellas el Bilioma, los Hematomas, Abscesos y Lesiones de la vía biliar.

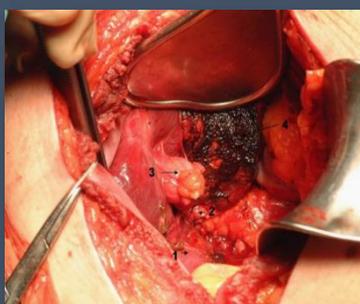
INTRODUCCIÓN

La colecistectomía es una intervención quirúrgica frecuente, cuya principal indicación es el tratamiento de la enfermedad por litiasis vesicular. Fue descrita por primera vez en 1882 por Karl August Langenbuch y consiste en la resección de la vesícula biliar, ya sea por vía laparoscópica o convencional.

Aunque generalmente se trata de un procedimiento seguro, pueden surgir algunas complicaciones tras la realización de la misma. A continuación ilustraremos con imágenes algunas de las complicaciones en el lecho quirúrgico de pacientes sometidos a colecistectomía en nuestro hospital.



A



B

Fig. 1 Colecistectomía por vía Laparoscópica (A) y Convencional (B)

SANGRADO / HEMATOMA:

El sangrado suele ocurrir desde la arteria cística o de la arteria hepática derecha después de colecistectomía laparoscópica. Suele ocurrir por agresión mecánica o térmica de estas arterias y suele asociarse a daño en la vía biliar. El TC es el método más efectivo ya que puede proporcionar el foco activo del sangrado.

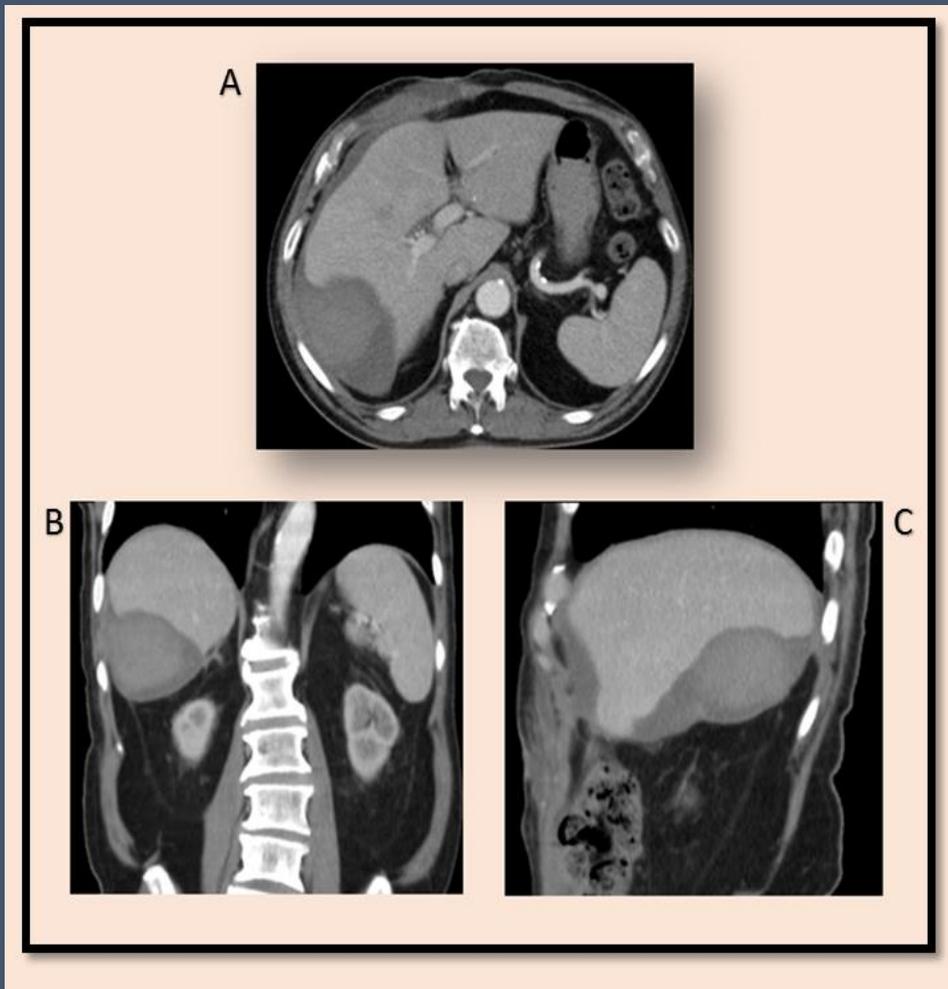


Fig. 2 TC de abdomen con contraste EV, Cortes Axial (A), Coronal (B) y Sagital (C), donde se evidencia una colección heterogénea perihepática, la cual presenta áreas de mayor densidad en relación a Hematoma subcapular.

BILIOMA:

El Bilioma consiste en la colección delimitada de bilis por fuera del árbol biliar, en la mayoría de los casos se identifica algún factor traumático, como cirugía biliar o hepática, responsable de una laceración en algún punto de la vía biliar que permite la salida de bilis.

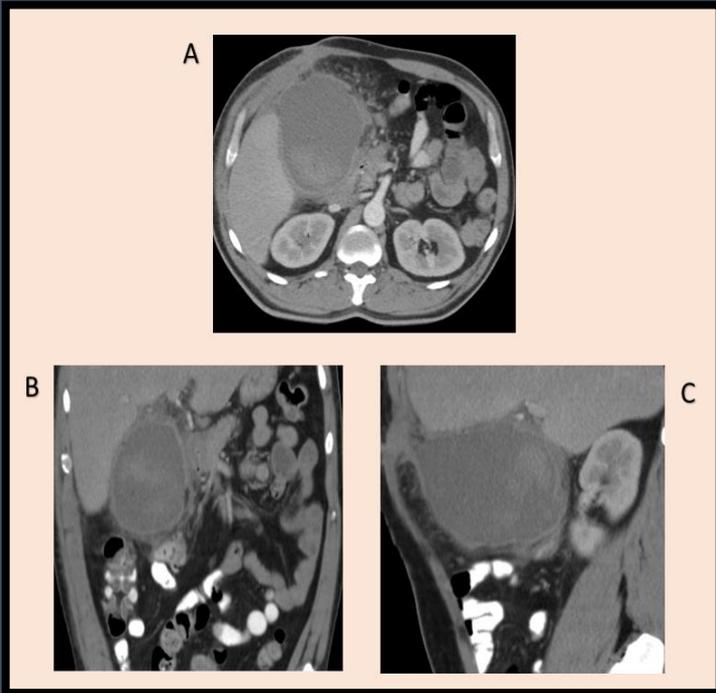


Fig. 3 TC de abdomen con contraste EV, Cortes Axial (A), Coronal (B) y Sagital (C), evidenciándose colección líquida a nivel del lecho vesicular, nótese la presencia de una pseudocapsula que realza tras la administración del contraste endovenoso compatible con Bilioma.

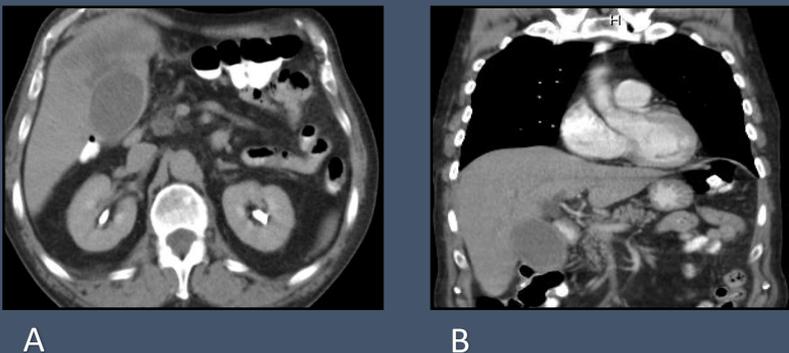


Fig. 4 Tc de abdomen con contraste EV en paciente con antecedente de colecistectomía, que presenta una colección hipodensa a nivel del lecho vesicular, correspondiente a Bilioma. Las imágenes en A y B evidencian el realce periférico en fase tardía y portal respectivamente.

COLECCIONES INFECCIOSAS:

Se presentan en contexto de un paciente con signos de respuesta inflamatoria sistémica, como áreas irregulares de aspecto líquido, delimitadas por una cápsula que realza tras la administración del contraste endovenoso. Asociado se pueden observar cambios inflamatorios de la grasa local y líquido adyacente.

A



B

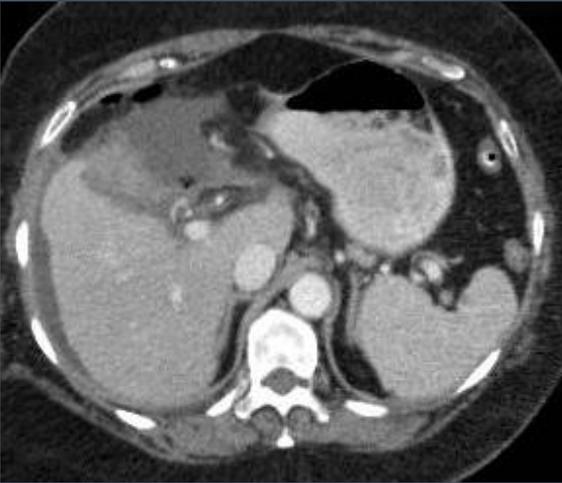


Fig. 5 TC de abdomen con contraste EV donde se evidencian áreas líquidas con burbujas aéreas a nivel del lecho vesicular, compatible con proceso infeccioso a dicho nivel. En la figura (A) se reconoce además compromiso de la pared abdominal como complicación asociada en una paciente que fue sometida a colecistectomía abierta.

LESION DE LA VÍA BILIAR:

Resulta de la confusión entre el conducto hepático común con el conducto cístico, durante el acto quirúrgico que resulta con la ligadura del conducto hepático común y condiciona una obstrucción retrógrada aguda de la vía biliar. También puede producirse lesión quirúrgica de la vía biliar por sección, escisión, agresión térmica ó lesión isquémica. La dilatación de los conductos intrahepáticos se puede identificar por ecografía, TC o RM. Esta lesión suele ocurrir con mayor frecuencia en la colecistectomía laparoscópica.



A

Fig. 6 TC de abdomen sin contraste EV donde se evidencia aerobilia y dilatación de la vía biliar como complicación de colecistectomía.



Fig. 7 (A) Colangiografía transcateter que evidencia adecuado llenado del contraste hasta la confluencia de ambos conductos hepáticos con amputación a nivel del colédoco y ausencia de progresión distal de la sustancia de contraste.

OBLITOS:

Es una complicación poco frecuente que ocurre cuando el cirujano deja olvidado algún tipo de cuerpo extraño, generalmente materia textil (gasas), dentro de la cavidad abdominal durante la Colectomía abierta u otros procedimiento quirúrgicos.



Fig.8: Paciente femenina en el 4º día POP de colecistectomía convencional quien consultó por fiebre y dolor abdominal. TC de abdomen sin contraste EV, corte coronal (A) y axial (B) donde se observa imagen ovalada en miga de pan a nivel subhepático, la cual no presenta relación con el tracto gastrointestinal, compatible con Oblito (Gasoma). La paciente es reintervenida con sospecha de colección intraabdominal encontrándose un cuerpo extraño (C) (material textil) confirmando el hallazgo tomográfico previamente descripto.

CONCLUSIÓN:

La colecistectomía es una de las cirugías abdominales más frecuentes y aunque son raras las complicaciones, el radiólogo debe mantener un alto índice de sospecha con el fin de realizar un diagnóstico oportuno.

La tomografía con contraste oral y endovenoso juega un rol importante en el diagnóstico de las complicaciones asociadas a la colecistectomía, dado que permite la visualización, localización (intra o extra hepática) y extensión de las colecciones confinadas al lecho quirúrgico.

