

Neumonías de repetición y empiema por *Klebsiella pneumoniae* como complicación de la colecistectomía laparoscópica

V. Villena Garrido, F. Sánchez-Bustos Cobaleda*, L. Rey Terrón, B.J. Menchén Trujillo* e I. Campano Cruz

Servicios de Neumología y *Cirugía General. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Se presenta una paciente con una neumonía y empiema secundarios al desarrollo de un absceso abdominal por infección por *K. pneumoniae* de cálculos liberados a la cavidad abdominal durante la colecistectomía laparoscópica.

Palabras clave: Neumonía. Colecistectomía laparoscópica..

(Arch Bronconeumol 2001; 37: 265-266)

Recurrent pneumonia and empyema due to *Klebsiella pneumoniae* as a complication of laparoscopic cholecystectomy

We report a patient with pneumonia and empyema secondary to an abdominal abscess due to *Klebsiella pneumoniae* from stones released into the abdominal cavity during laparoscopic cholecystectomy.

Key words: Pneumonia. Laparoscopic cholecystectomy.

Introducción

Durante la realización de una colecistectomía laparoscópica es frecuente la salida de cálculos a la cavidad abdominal. Habitualmente este hecho no se acompaña de otras complicaciones. Sin embargo, ocasionalmente puede desarrollarse un absceso abdominal, que secundariamente produce complicaciones torácicas. El conocimiento de esta complicación es importante no sólo para los cirujanos, sino también para los especialistas que atienden pacientes con enfermedades respiratorias. El cuadro neumológico habitualmente se resuelve con tratamiento antibiótico y un tubo de drenaje torácico en los casos de empiema, pero dado que persiste un foco infeccioso abdominal, es frecuente la recidiva de la neumonía o del empiema semanas o meses después.

Observación clínica

Mujer de 60 años, no fumadora. Diagnosticada de colecistitis crónica, ingresó en el hospital en diciembre de 1999 para la realización de una colecistectomía laparoscópica. El estudio anatomopatológico demostraba cálculos pigmentados. La paciente fue dada de alta con tratamiento antibiótico por infección respiratoria. El 7 de enero de 2000 la radiografía de tórax no presentaba alteraciones. El 18 de enero fue ingresada de nuevo por tos con expectoración y fiebre de 38 °C, con una imagen de condensación en el lóbulo inferior derecho y un derrame pleural de rápido crecimiento, en el que se cultivó *K.*

pneumoniae, por lo que se colocó un tubo de drenaje torácico. La paciente evolucionó favorablemente con el tratamiento antibiótico. Al alta, en la radiografía de tórax sólo persistía un pequeño engrosamiento pleural derecho. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) toracoabdominal, en la que además de la lesión pleural residual se objetivaba una pequeña calcificación en el espacio retrohepático y esplenomegalia con datos de hipertensión portal. El 1 de marzo comenzó con fiebre de hasta 40 °C y tos seca, añadiéndose a los 4 días expectoración de 40 ml al día, de sabor amargo y coloración blanco-amarillenta, que aumentaba en decúbito lateral izquierdo. Acudió a urgencias, desde donde fue ingresada en el servicio de neumología. A la exploración física sólo destacaba una disminución del murmullo vesicular en la base derecha, con crepitantes en dicha zona.

En la analítica sólo destacaba una hemoglobina de 11 g/dl, con VCM de 82 fl, leucocitos de 11.200/mm³ y velocidad de sedimentación globular (VSG) de 70 mm. El cultivo de esputo fue positivo para *K. pneumoniae*. En la radiografía de tórax se observaba un aumento de densidad en la base derecha, con engrosamiento pleural. La ecografía torácica y abdominal mostraba un pequeño derrame pleural derecho loculado, no accesible para punción. En la TAC toracoabdominal, además del engrosamiento pleural derecho, se objetivaba una colección de aproximadamente 3 × 3 cm que hacía impronta en el hígado, con calcificaciones puntiformes en su interior (fig. 1). Se realizó una broncoscopia, que no puso de manifiesto alteraciones endobronquiales.

La paciente fue trasladada al servicio de cirugía general para tratamiento del absceso subfrénico. Se desestimó el drenaje mediante un catéter guiado por TAC por no presentar una ventana de acceso adecuada, y se procedió a realizar un drenaje quirúrgico. El 28 de marzo de 2000 se realizó un acceso laparoscópico, apreciándose múltiples adherencias entre la cara superior del lóbulo hepático derecho y el diafragma, que no permitían realizar el drenaje con seguridad por el riesgo de sangrado. Se reconvirtió la intervención a una laparotomía subcostal derecha. Se drenó una colección subfrénica de

Correspondencia: Dra. V. Villena Garrido.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Avda. de Córdoba, s/n. 28041 Madrid.
Correo electrónico: mvgo1m@nacom.es

Recibido: 12-9-2000; aceptado para su publicación: 10-10-2000.

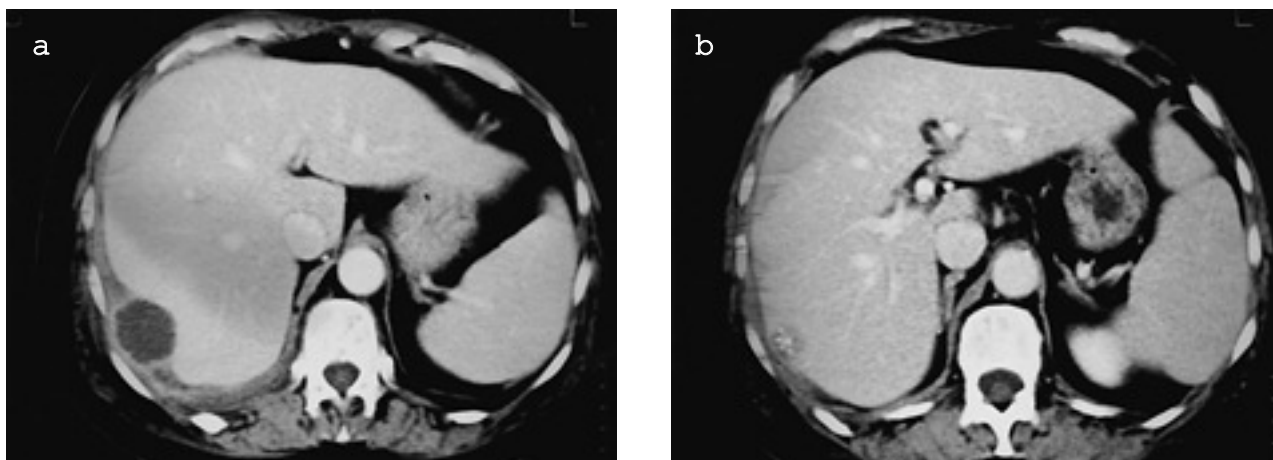


Fig. 1. a) Tomografía axial computarizada abdominal. Se aprecia una colección retrohepática. b) En un corte inferior se objetivan calcificaciones en el interior de la colección retrohepática.

unos 10 ml de exudado purulento, que contenía dos pequeños cálculos, y se dejó un drenaje aspirativo. En el postoperatorio, el drenaje fue escasamente productivo, por lo que se retiró a las 72 h de la intervención. Fue dada de alta, y permanecía asintomática en la revisión efectuada 2 meses después.

Discusión

La colecistectomía laparoscópica es una técnica frecuentemente utilizada en la última década que ofrece numerosas ventajas frente a su realización mediante laparotomía. Durante la colecistectomía laparoscópica se ha descrito la liberación de cálculos a la cavidad original en un 10-32% de las ocasiones^{1,2}. La recuperación de estos cálculos en su totalidad resulta laboriosa, y la permanencia de algunos de ellos en la cavidad abdominal habitualmente se ha considerado como un hecho con escasa trascendencia en la evolución de los pacientes. Sin embargo, en los últimos años se han descrito casos en los que se ha desarrollado neumonía y empiema, así como la fistulización de los cálculos desde la cavidad peritoneal a la cavidad pleural^{3,4} o al parénquima pulmonar^{5,6}, en ocasiones con colelitoptisis⁷. Los cálculos implicados en este tipo de complicaciones, en su mayoría son pigmentados, como los que presentaba nuestra paciente^{3,6,8}, lo que podría tener relación con la mayor facilidad de este tipo de cálculos para la infección^{6,9}. Desde el punto de vista bacteriológico, en estas infecciones está implicada frecuentemente *K. oxytoca*⁸ o *K. pneumoniae*⁴, como en nuestro paciente, si bien también se ha descrito la presencia de *Actinomyces israelii*⁵.

El conocimiento del cuadro es importante, pues si bien con antibioterapia y drenaje del empiema, si existe, el paciente puede quedar asintomático, se han publicado varios ejemplos de recidiva infecciosa pasados meses o años de la colecistectomía^{3,5,7,8}, hecho que también fue observado en nuestra paciente. El tratamiento habitualmente requiere la extracción de los cálculos y el drenaje

del absceso abdominal, encontrándose en ocasiones un defecto frénico que comunica las cavidades peritoneal y pleural³. En ocasiones, también es necesaria la toracotomía con limpieza de la cavidad pleural y descorticación^{3,8}, incluso con resección de parénquima pulmonar⁶. La extracción de los cálculos pulmonares se puede realizar mediante broncoscopia rígida⁵. Se ha referido un paciente en el que la expulsión de los cálculos con la tos hizo innecesario el tratamiento quirúrgico, resolviéndose el cuadro con tratamiento antibiótico⁷.

Creemos que una posibilidad como la descrita debería incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con neumonía o empiema, que cuenten entre sus antecedentes con la realización de una colecistectomía laparoscópica en los meses o años previos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, Doolas A, Ko ST, Airan MC. Complications of laparoscopic cholecystectomy: a national survey of 4,292 hospitals and analysis of 77,604 cases. *Am J Surg* 1993; 165: 9-14.
2. Soper NJ, Dunnegan DL. Does intraoperative gallbladder perforation influence the early outcome of laparoscopic cholecystectomy? *Surg Laparosc Endosc* 1991; 9: 344-347.
3. Kelly CJ, Thorpe JAC. Empyema due to spilled stones during laparoscopic cholecystectomy. *Eur J Cardiothorac Surg* 1998; 13: 107-108.
4. Brazinsky S, Colt HG. Thoracoscopic diagnosis of pleurothiasis after laparoscopic cholecystectomy. *Chest* 1993; 104: 1273-1274.
5. Noda S, Soybel DI, Sampson BA, DeCamp MM. Broncholithiasis and thoracoabdominal actinomycosis from dropped gallstones. *Ann Thorac Surg* 1998; 65: 1465-1467.
6. Barnard SP, Pallister I, Hendrick DJ, Walter N, Morrill GN. Cholelithoptysis and empyema formation after laparoscopic cholecystectomy. *Ann Thorac Surg* 1995; 60: 1100-1102.
7. Chopra P, Killorn P, Mehran RJ. Cholelithoptysis and pleural empyema. *Ann Thorac Surg* 1999; 68: 254-255.
8. Laredo J, Thurrer RL, Burke PA, Arche SY. A 70-year-old man with an empyema. *Lancet* 1998; 352: 1982.
9. Horton M, Florence MG. Unusual abscess patterns following dropped gallstones during laparoscopic cholecystectomy. *Am J Surg* 1998; 175: 375-379.