

Abdomen agudo quirúrgico por biliperitoneo secundario a colecistectomía laparoscópica segura

Acute surgical abdomen due to biliperitoneum secondary to safe laparoscopic cholecystectomy

Milena Prada¹ , Jorge Bittar¹ , Hugo Reyes¹ , Luis Traviezo^{2*}

¹Complejo Hospitalario Dr. José Ignacio Baldó, El Algodonal, Caracas, Venezuela

²Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado, Barquisimeto, Venezuela

Recibido: 21 Oct. 2025 | **Aceptado:** 11 Nov. 2025 | **Publicado:** 20 Ene. 2026

Autor de correspondencia: ltravies@ucla.edu.ve

Cómo citar este artículo: Prada, M., Bittar, J., Reyes, H. & Traviezo, L. (2026). Abdomen agudo quirúrgico por biliperitoneo secundario a colecistectomía laparoscópica segura. *Revista Salud Amazónica y Bienestar*, 5(1), e1228.

<https://doi.org/10.51252/rsayb.v5i1.1228>

RESUMEN

Introducción: la colecistectomía laparoscópica extrae la vesícula seccionando el conducto y la arteria cística y disecándola del lecho hepático; si no se identifica el conducto de Luschka y se lesiona o queda abierto, puede producir fuga de bilis a la cavidad abdominal. Objetivo: describir el abordaje de abdomen agudo quirúrgico por biliperitoneo secundario a colecistectomía laparoscópica segura. Caso Clínico: mujer de 47 años con asma y litiasis vesicular incidental fue sometida a colecistectomía laparoscópica electiva; a las 18 horas presentó dolor abdominal intenso, diaforesis e irritación peritoneal, y la ecografía mostró líquido libre. Se realizó laparotomía exploradora con hallazgo de fuga biliar activa por conducto de Luschka entre los segmentos IVB y V, tratándose con lavado con 3000 cc de SSN 0,9%, drenaje pasivo y seguimiento, con resolución completa en 48 horas sin otros procedimientos. Conclusión: la fuga biliar por conducto de Luschka, aunque poco común tras colecistectomía laparoscópica, puede pasar desapercibida y volverse grave si no se diagnostica y trata a tiempo; su detección y manejo oportunos permiten recuperación completa.

Palabras clave: colecistectomía laparoscópica; complicaciones quirúrgicas; conducto de Luschka; fuga biliar

ABSTRACT

Introduction: Laparoscopic cholecystectomy removes the gallbladder by severing the cystic duct and artery and dissecting it from the liver bed; if the Luschka duct is not identified and is injured or left open, it can cause bile leakage into the abdominal cavity. Objective: To describe the surgical approach to acute abdomen due to biliperitoneum secondary to laparoscopic cholecystectomy. Clinical Case: A 47-year-old woman with asthma and incidental gallstones underwent elective laparoscopic cholecystectomy. At 18 hours, she presented with severe abdominal pain, diaphoresis, and peritoneal irritation, and ultrasound showed free fluid. Exploratory laparotomy was performed, revealing an active bile leak through the Luschka duct between segments IVB and V. This was treated with lavage using 3000 cc of 0.9% normal saline, passive drainage, and follow-up, with complete resolution within 48 hours without further procedures. Conclusion: Bile leakage from the duct of Luschka, although uncommon after laparoscopic cholecystectomy, may go unnoticed and become serious if not diagnosed and treated in a timely manner; early detection and prompt management allow for complete recovery.

Keywords: laparoscopic cholecystectomy; surgical complications; duct of Luschka; bile leak

1. INTRODUCCIÓN

La litiasis biliar, también conocida como colelitiasis, es una enfermedad caracterizada por la formación de cálculos (piedras) dentro de la vesícula biliar, un pequeño órgano ubicado debajo del hígado que almacena y concentra la bilis (1,2).

La colecistectomía laparoscópica es el tratamiento estándar para la litiasis vesicular sintomática. Aunque se considera segura, pueden presentarse complicaciones biliares, siendo la fuga por conductos accesorios como el de Luschka una causa poco frecuente, pero relevante. Este tipo de complicación es poco habitual (incidencia <1%), pero relevante por su potencial gravedad (1,3).

Los conductos de Luschka, son conductos biliares accesorios que varían de un paciente a otro, se localizan en la fosa vesicular, el lecho donde descansa la vesícula biliar. En la mayoría de los casos, drenan en el conducto hepático derecho o en el conducto hepático común. Suelen ser pequeños, de aproximadamente 1 a 2 mm de diámetro (4,5).

La causa de fuga biliar por estos conductos es la lesión quirúrgica, donde los cirujanos pueden lesionarlos inadvertidamente durante la extirpación de la vesícula biliar, ya sea laparoscópica o abierta (5).

La causa principal del biliperitoneo, es decir, la presencia de bilis libre en la cavidad peritoneal, suele ser una lesión quirúrgica inadvertida de pequeños conductos biliares, como el conducto de Luschka. Estos pueden ser dañados durante la extirpación de la vesícula biliar, tanto por vía laparoscópica como abierta (4).

Si la fuga biliar no se detecta ni se repara oportunamente, esta puede evolucionar hacia la formación de un bilioma, definido como una colección extrabiliar encapsulada y bien delimitada de bilis o progresar a coleperitoneo (6).

El biliperitoneo puede provocar síntomas clínicos como dolor abdominal intenso, distensión, náuseas, fiebre y signos de irritación peritoneal con consecuente peritonitis biliar. Esta condición requiere tratamiento quirúrgico urgente, ya que la bilis libre en cavidad actúa como irritante químico y puede desencadenar septicemia y otras complicaciones potencialmente mortales (4-6).

2. DESARROLLO

Paciente femenina de 47 años, procedente de Caracas, Venezuela, con antecedente de asma bronquial, quien acude a consulta por hallazgo incidental de litiasis vesicular en ecografía abdominal. El estudio ecográfico evidencia la presencia de cálculos dentro de la vesícula biliar (hiperecogénicos con sombra acústica posterior) barro biliar (material ecogénico sin sombra) pared vesicular de aspecto normal, vesícula de tamaño conservado y ausencia de signos inflamatorios. Se programa colecistectomía laparoscópica electiva.

2.1. Descripción del procedimiento

La paciente fue llevada a quirófano para colecistectomía laparoscópica electiva (previa preparación) bajo anestesia general. Se colocó en posición supina con ligera inclinación en anti-Trendelenburg y rotación hacia la izquierda. Tras antisepsia y colocación de campos estériles, se realizó neumoperitoneo con técnica abierta para insuflación mediante técnica de Hasson en región umbilical, alcanzando una presión de 12 mm Hg. Se colocaron cuatro trócares, a saber, uno umbilical para la óptica, uno subxifoideo y dos en flanco derecho para instrumental de trabajo.

Durante el procedimiento se observa vesícula biliar de tamaño normal (7×6 cm) con barro biliar y múltiples litos (evidenciado al extraer la pieza de la cavidad abdominal). Se identifican estructuras del triángulo de Calot sin variantes anatómicas. Se realiza colecistectomía convencional con clipaje y sección secuencial de

conducto y arteria cística. La disección de la pieza del lecho hepático se efectuó con electrocauterio, logrando hemostasia adecuada. Se constató placa cística indemne.

La vesícula fue extraída en bolsa endoscópica a través del puerto umbilical. No se colocó drenaje ya que cumplió parámetros de colecistectomía segura, sin eventualidad y sin salida de gasto hemático o biliar durante el procedimiento quirúrgico. Se inspeccionó la cavidad sin hallazgos patológicos adicionales.

Se retiraron los trócares bajo visión directa, se desinsufló el neumoperitoneo y se cerraron los puertos de laparoscopia. La paciente fue trasladada al área de recuperación con signos vitales estables.

2.2. Evolución clínica

A las 18 horas del postoperatorio, la paciente presentó dolor abdominal intenso, diaforesis, taquipnea y disnea con desaturación de oxígeno como única alteración durante la monitorización de los signos vitales.

El examen físico reveló abdomen globoso, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin signos de infección en las heridas quirúrgicas, con signos de irritación peritoneal.

Ante la persistencia del cuadro clínico, ausencia ruidos hidroaéreos y canalización de flatos, se realizó ecografía abdominal, evidenciando líquido libre en cavidad, con aproximadamente 150 cc en el espacio de Morrison.

Debido a la sospecha de fuga biliar, es llevada a mesa operatoria en el contexto de emergencia se decidió realizar laparotomía exploradora, ya que se presentaron fallas con el equipo de laparoscopia durante el acto quirúrgico. En los hallazgos quirúrgicos del segundo procedimiento se identificó biliperitoneo de aproximadamente 600 cc, adherencias laxas entre epiplón y lecho hepático y fuga activa de bilis proveniente de un conducto de Luschka localizado entre los segmentos IVB y V del hígado. El muñón quirúrgico del conducto y arteria cística se encontraba indemne.

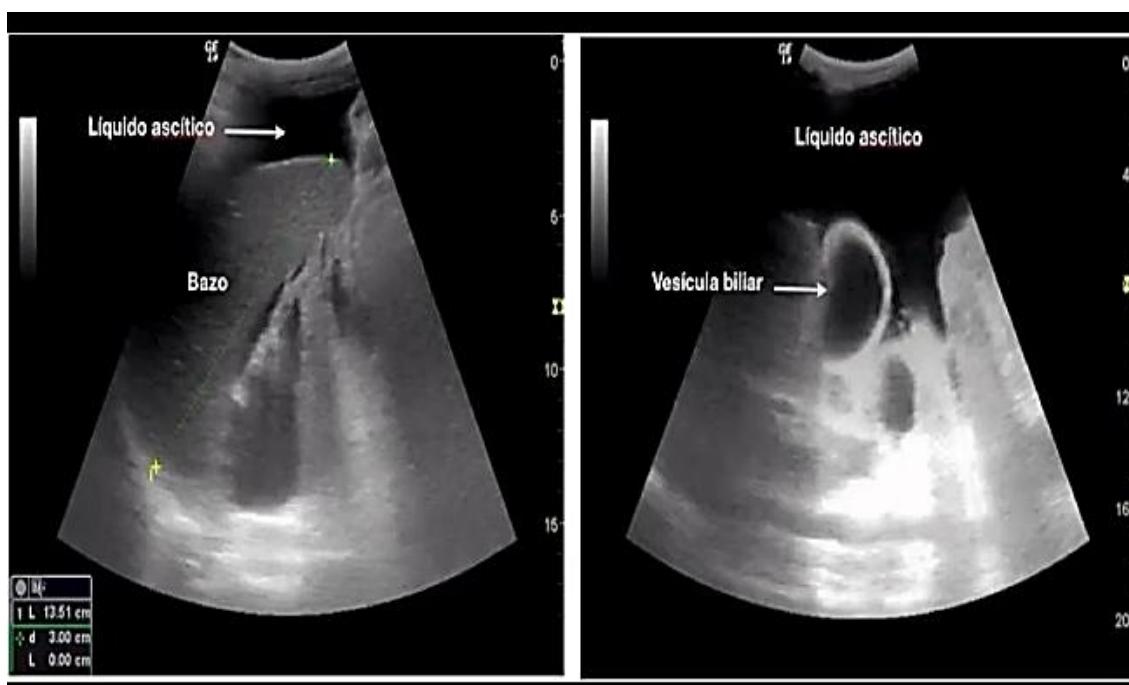


Figura 1. Líquido intraabdominal. Fuente: Scielo Chile (2025).



Figura 2. Colangio resonancia.

2.3. Tratamiento quirúrgico

Se realizó lavado peritoneal con aproximadamente 3000 cc de solución salina al 0,9% seguido de la colocación de drenaje pasivo en el lecho hepático. En las primeras 18 horas se cuantificó 700 cc de bilis a través del drenaje. A las 24 horas se efectuó colangioresonancia magnética, evidenciando vía biliar intra y extrahepática indemnes, sin alteraciones.

El gasto biliar disminuyó progresivamente hasta desaparecer por completo a las 48 horas postquirúrgicas. Durante la hospitalización, los controles de hematología, perfil hepático y electrolitos séricos se mantuvieron dentro de parámetros normales. Debido a persistencia de desaturación se indica RX de tórax P-A en donde se constata derrame pleural derecho de poco volumen que fue tratado de manera conservadora con antibióticos y oxígeno suplementario sugerido por servicio de neumología.



Figura 3. Ultrasonido abdominal (48 horas postquirúrgicas).

2.4. Seguimiento y resultados

Se realizaron ecografías a los tercer y cuarto día previo a la alta médica evidenciando espacio de Morrison indemne sin líquido libre en cavidad corroborando funcionamiento adecuado de drenaje abdominal, se evalúa paciente a los cinco días posterior a la alta médica donde se retira drenaje abdominal con evolución satisfactoria en el POT e integración completa a sus actividades cotidianas a los 25 días postquirúrgicos.

3. DISCUSIÓN

La fuga biliar posterior a colecistectomía laparoscópica representa una complicación poco frecuente, con una incidencia estimada entre 0,1% y 1%. Dentro de estas, las lesiones del conducto de Luschka (también conocido como conducto subvesicular) son especialmente insidiosas debido a su pequeño calibre, ubicación variable y ausencia de comunicación directa con la vía biliar principal (4,6).

El conducto de Luschka se localiza habitualmente en el lecho hepático, entre los segmentos IVB y V y puede drenar directamente hacia los canalículos biliares intrahepáticos. Su lesión inadvertida durante la disección vesicular puede pasar desapercibida intraoperatoriamente, manifestándose en el postoperatorio como dolor abdominal, irritación peritoneal o biliperitoneo (7).

La paciente presentó síntomas agudos (dolor abdominal, diaforesis, irritación peritoneal) alas 18 horas del postoperatorio, lo que concuerda con lo expuesto por otros investigadores (4,6) quienes indican que las fugas biliares por lesión del conducto de Luschka suelen manifestarse en las primeras 24–72 horas, aunque pueden retrasarse si el volumen de fuga es bajo.

En el caso expuesto, la ecografía permitió detectar líquido libre, pero no precisó el sitio de la fuga, al respecto equipos médicos refieren que la ecografía es útil como estudio inicial, especialmente en contextos de dolor abdominal postoperatorio, sin embargo, su sensibilidad para identificar el origen de la fuga biliar es limitada. Se recomienda complementar con colangioresonancia o CPRE en casos particulares seleccionados (4-6).

El tratamiento consistió en lavado peritoneal con solución salina, colocación de drenaje pasivo y seguimiento clínico, logrando resolución completa en 48 horas. Investigadores señalan que este abordaje es consistente con las recomendaciones actuales para fugas tipo Strasberg A-C, donde no hay lesión de la vía biliar principal. En casos seleccionados, el tratamiento endoscópico mediante la CPRE puede ser útil, pero la presencia de fuga activa y biliperitoneo extenso justificó el abordaje quirúrgico inmediato en este caso (4-7).

CONCLUSIONES

En el caso planteado se cumplieron los estándares establecidos internacionalmente para la realización de colecistectomía laparoscópica; revisión del lecho hepático y la placa cística antes del retiro de materiales de laparoscopia, sin embargo, se presentó la emergencia a las 18 horas por aumento de la presión en los conductos biliares post quirúrgicos, lo que generó la salida activa de bilis por el conducto de Luschka.

Se evidenció que la identificación precoz de síntomas, el uso adecuado de estudios de imagen y la decisión quirúrgica oportuna permitieron una resolución eficaz sin secuelas mayores. La laparotomía exploradora, el lavado peritoneal y el drenaje pasivo constituyen medidas efectivas en el manejo de biliperitoneo secundario a esta entidad.

Los resultados clínicos subrayan la importancia de una disección meticulosa del triángulo de Calot, el reconocimiento de variantes anatómicas y el seguimiento clínico estrecho como pilares fundamentales para prevenir y tratar complicaciones biliares. La integración de estos elementos en la práctica quirúrgica puede mejorar significativamente los resultados postoperatorios y reducir la morbilidad asociada.

FINANCIAMIENTO

No hubo financiamiento de instituciones públicas, privadas o sin ánimo de lucro.

CONFLICTO DE INTERESES

No hubo conflicto de intereses relacionados con este caso clínico.

APROBACIÓN ÉTICA

Los procedimientos realizados fueron posteriores a la firma del consentimiento informado por parte de la paciente y ejecutados de acuerdo con estándares éticos internacionales, igualmente apegados a la declaración de Helsinki de 1964 y sus respectivas enmiendas posteriores.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, redacción - borrador original y redacción - revisión y edición: Milena Prada, Jorge Bittar, Hugo Reyes y Luis Traviezo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aceves-Quintero C, Padilla-Pérez F, Martínez-Ceballos E, Kuri-Osorio J. Fuga de conducto biliar accesorio como complicación de colecistectomía laparoscópica. Presentación de dos casos. Rev Mex Cir Endoscop. 2022; 23(3-4): 89-93. En: <https://www.medigraphic.com/pdfs/endosco/ce-2022/ce223f.pdf>
2. Vincenzi P, Mocchegiani F, Nicolini D, Benedetti Cacciaguerra A, Gaudenzi D, Vivarelli M. Bile Duct Injuries after Cholecystectomy: An Individual Patient Data Systematic Review. J. Clin. Med. 2024; 13, 4837. En: <https://doi.org/10.3390/jcm13164837>
3. Strasberg SM. Avoidance of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. J Hepatobiliary Pancreat Surg. 2002; 9(5): 543-7. En: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12541037/>
4. Vitiello A, Spagnuolo M, Persico M, Peltrini R, Berardi G, Calabrese P. et al. Biliary Leak from Ducts of Luschka: Systematic Review of the Literature. Surgeries. 2024; 5(1): 63-72. En: <https://doi.org/10.3390/surgeries5010008>
5. Cañete Gómez J, Álamo Martínez JM, Martín Jiménez C, Muñoz Ortega A, Valera Sánchez Z. Biloma secundario a traumatismo hepático. Cirugía Española. 2009; 85(6): 379-380. En: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3005207>
6. Jarufe CN, Rebolledo AR, Llanos LO, Gámez DB, Buckel SE, Guzmán BS. Lesiones de vía biliar postcolectomía: conducta terapéutica actual. Rev Cir. 2022; 74(4): 432-437. En: <https://www.scielo.cl/pdf/revistacirugia/v74n4/2452-4549-revistacirugia-74-04-0432.pdf>
7. Altamirano-Castañeda M, Blancas-Valencia J, Flores Colón I, Paz-Flores V, Blanco-Velasco G, Hernández Mondragón O. Resultados del tratamiento endoscópico en fugas biliares. Experiencia del Centro Médico Nacional Siglo XXI IMSS. Endoscopia. 2016; 28(2): 55-60. En: <https://www.elsevier.es/es-revista-endoscopia-335-pdf-S0188989316300239>