

Reporte de Caso: Síndrome Postcolecistectomía Secundario a Remanente de Muñón Vesicular

Gonzalo Nicanor Santos Macedo¹

g.santosmac@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-6562-9174>

Residente de Segundo año UMAE T1
Guanajuato, México

Uriel de Jesús López Viurquiz

viurkizuriel@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0001-0956-5994>

Residente segundo año, UMAE T1, Guanajuato,
México

Cristian Esteban Sánchez Servín

sanchezservin@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0002-1022-2785>

Residente de Segundo año UMAE T1
Guanajuato, México

RESUMEN

La colelitiasis es una entidad frecuente a nivel mundial, en México, alrededor del 20% de los hombres y entre el 40% y el 50% de las mujeres sufren de colelitiasis¹, como complicación de la litiasis vesicular se puede presentar un cuadro de colecistitis aguda, requiriendo para esta condición patología la extirpación de la vesícula biliar, la colecistectomía considera el tratamiento de elección para el manejo de los pacientes con colecistitis³, a pesar de ser un procedimiento generalmente seguro existe complicaciones reportadas en la bibliografía, una de ellas es el síndrome postcolecistectomía, que se define como la recurrencia de síntomas similares a los experimentados antes de la colecistectomía⁸, la incidencia reportada en la bibliografía es bastante variable, algunos autores reportan que se presenta hasta en el 47% de los pacientes colecistectomizados. Existen múltiples causas de este síndrome, una de ellas es la existencia de remanentes vesiculares o conductos císticos largos. Se reporta el caso de una paciente colecistectomizada, quien 4 años posteriores a su intervención quirúrgica presenta cuadro de dolor abdominal en hipocondrio derecho, se inicia abordaje con laboratoriales, ecografía y tomografía, integrándose diagnóstico de colecistitis de remanente vesicular.

Palabras clave: síndrome postcolecistectomía; remanente vesícula biliar; remanente de conducto cístico

¹ Autor Principal

Correspondencia: g.santosmac@gmail.com

Case Report: Postcholecystectomy Syndrome Secondary to Gallbladder Residual Limb

ABSTRACT

Cholelithiasis is a common entity worldwide; in Mexico, around 20% of men and between 40% and 50% of women suffer from cholelithiasis¹; as a complication of gallstones, acute cholecystitis may occur, this pathological condition requires the removal of the gallbladder. Cholecystectomy is considered gold standard for the management of patients with cholecystitis³. Despite being a generally safe procedure, there are complications reported in the literature, one of them is the postcholecystectomy syndrome, which is defined as the recurrence of symptoms similar to those experienced before cholecystectomy⁸, the incidence reported in the literature is quite variable, some authors report that it occurs in up to 47% of cholecystectomized patients. There are multiple causes of this syndrome, one of them is the existence of gallbladder remnant or long cystic duct remnant. The case of a cholecystectomized patient is presented, referring abdominal pain in the right hypochondrium after 4 years of her surgical intervention, an approach with laboratory tests, ultrasound and tomography was initiated, integrating the diagnosis of gallbladder remnant cholecystitis.

Keywords: post-cholecystectomy syndrome; gallbladder remnant; cystic duct remnant

Artículo recibido 18 noviembre 2023

Aceptado para publicación: 30 diciembre 2023

INTRODUCCION

La colelitiasis es una entidad frecuente a nivel mundial, en México, alrededor del 20% de los hombres y entre el 40% y el 50% de las mujeres sufren de colelitiasis. Esta condición puede llevar al desarrollo de colecistitis, y por consecuencia requerir manejo quirúrgico¹. La colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías más frecuentemente realizadas por el cirujano general, en Estados Unidos se realizan anualmente más de 750.000 colecistectomías², además se considera el tratamiento de elección para el manejo de los pacientes con colecistitis^{3,4}.

Síndrome Postcolecistectomía

Aunque la colecistectomía laparoscópica es generalmente segura, las complicaciones graves aún ocurren con mayor frecuencia por este abordaje en comparación con la colecistectomía abierta, una de las complicaciones más devastadoras posterior a una colecistectomía es la lesión de vía biliar, que se observa en el 0.1-0.25% en cirugía abierta y del 0.3 al 2.6% en cirugía laparoscópica⁵. Otra complicación poco reportada, sin embargo con una incidencia no despreciable, es el síndrome postcolecistectomía, descrito por primera vez por Womack y Crider en 1947^{6,7}, se define como la recurrencia de síntomas similares a los experimentados antes de la colecistectomía⁸, incluye síntomas como náuseas, vómitos, distensión abdominal, ictericia, diarrea o dolor abdominal que ocurren después de la colecistectomía, no hay una definición estandarizada del síndrome postcolecistectomía, ya que puede abarcar problemas que no están vinculados al sistema biliar pero que generan síntomas después de la extirpación de la vesícula biliar⁹, derivado de esto la incidencia reportada en la bibliografía es bastante variable, algunos autores reportando hasta el 47% de síndrome postcolecistectomía¹⁰, por el contrario otras fuentes describen que la colecistectomía proporciona un alivio eficaz de los síntomas en el 85%-90% de los casos y que los síntomas relacionados con los cálculos biliares pueden recurrir o persistir en aproximadamente el 10% y al 15% de los pacientes después de la colecistectomía¹¹. El tiempo de aparición de los síntomas posterior a la intervención es muy variable, puede ocurrir desde los 2 días hasta los 25 años¹².

Respecto a la etiología del síndrome postcolecistectomía, algunos autores reportan que la causa más común es un trastorno extrabiliar pasado por alto, como la esofagitis por reflujo, la ulceración péptica, el síndrome del intestino irritable o la pancreatitis crónica, mientras que las etiologías biliares incluyen

estenosis biliar, fuga biliar, cálculos retenidos, remanentes largos de conducto cístico, recurrencia de litiasis en el muñón cístico o vesicular, entre otras ^{4,10,12}.

Florcken describió por primera vez el concepto de “remanente de conducto cístico” en 1912, en la actualidad, por definición, cualquier longitud de conducto cístico mayor o igual a 1 cm restante después de la cirugía se considera remanente de conducto cístico ¹³. Varios estudios han sugerido que la presencia de un remanente del conducto cístico que mida ≥ 1 cm después de la colecistectomía podría ser, al menos en parte, responsable del desarrollo del síndrome postcolecistectomía ⁸. La prevalencia de un remanente de conducto cístico sintomático es inferior al 2,5 % ¹⁴. En la era de la cirugía laparoscópica, no se ha informado con claridad la incidencia de extirpación incompleta no intencional de la vesícula biliar, aunque parece ser ligeramente mayor que la reportada con la colecistectomía abierta. La resección incompleta de la vesícula biliar ocurre hasta en el 13,3% de las colecistectomías laparoscópicas. Factores como la visualización deficiente de la zona de la vesícula biliar durante la cirugía, adherencias, inflamación simultánea, sangrado excesivo o confusión respecto a la identificación de la vesícula biliar son razones que contribuyen a esta resección incompleta ¹⁵.

PAPEL DE LA COLANGIOGRAFÍA INTRAOPERATORIA

Los cálculos retenidos en un remanente de conducto cístico/vesícula biliar son una complicación de colecistectomía que puede ocurrir con cualquier abordaje quirúrgico, pero es probable que ocurra con mayor frecuencia con la colecistectomía laparoscópica ¹⁶. Por tal motivo es indispensable tener a la mano herramientas que nos permitan durante la colecistectomía laparoscópica (e incluso en el abordaje abierto) delimitar de manera más certera la anatomía de la vesícula y vía biliar y así evitar la escisión incompleta de la vesícula biliar, una de las opciones disponibles es la colangiografía intraoperatoria, que de acuerdo a la SAGES tiene como objetivos principales identificar cálculos en las vías biliares, aclarar la anatomía biliar y prevenir lesiones de las vías biliares ¹⁷. Se puede por lo tanto inferir que al delimitar la anatomía biliar debería de reducirse la incidencia de síndrome postcolecistectomía asociado a remanentes de conducto cístico largo o remanentes vesiculares.

Abordaje Diagnóstico-Terapéutico

Al abordar a un paciente con síndrome postcolecistectomía, cuando el dolor indica fuertemente una causa biliar, se debe investigar la presencia de problemas en la vesícula biliar ¹⁶. El síndrome

postcolecistectomía se diagnostica principalmente mediante evaluación clínica, considerando signos, síntomas y análisis de laboratorio, como pruebas de la función hepática. Sin embargo, para identificar la causa exacta del síndrome, se requiere el uso de imágenes. La ecografía o la tomografía computarizada (TC), combinadas con pruebas de función hepática, representan el enfoque más eficaz y económico al iniciar la evaluación de un paciente con sospecha de síndrome postcolecistectomía ¹².

En la mayor parte de la bibliografía se reporta que el diagnóstico primario de colecistitis de muñón cístico o de vesicular biliar se establece mediante ecografía o tomografía computarizada (TC), mientras que la localización posterior de los cálculos y la delimitación del tracto biliar se realiza mediante colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) y colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). ¹⁵

El tratamiento del síndrome postcolecistectomía se orienta específicamente hacia la causa subyacente. En caso de tratarse de un proceso inflamatorio asociado a litiasis en el remanente cístico o vesicular la nueva escisión laparoscópica del muñón en la mayoría de los casos es factible y segura y se está convirtiendo cada vez más en el tratamiento de elección, sin embargo derivado de la intervención quirúrgica previa es posible la existencia de cambios fibróticos y adherencias entre el remanente y la vía biliar principal, consecuentemente la disección del remanente suele ser compleja, por lo tanto la estrategia de seguridad debe ser la clave y la conversión a abierta no debe considerarse un fracaso ^{18,19}.

Reporte De Caso

Se trata de paciente femenino de 44 años de edad, con diagnóstico de hipotiroidismo de 8 años de diagnóstico, en manejo con levotiroxina, hipertensión arterial de 8 años de diagnóstico en tratamiento con telmisartán, tabaquismo positivo, alcoholismo social. En el año de 2019 presenta cuadro de dolor abdominal de predominio epigástrico con irradiación en hemicinturón acompañado de náusea y vómito, se realiza ultrasonido de hígado y vía biliar, que reporta glándula hepática de forma, tamaño y situación habituales, de bordes regulares y bien definidos, ecogenicidad discretamente aumentada, con adecuada visualización de trayectos vasculares, con ecotextura normal, sin evidencia de lesiones focales ni difusas. No existe dilatación de la vía biliar intra ni extrahepática. Colédoco de 4mm y vena porta de 9mm de diámetro. Vesícula biliar: piriforme, con dimensiones y localización normales, paredes lisas y delgadas de 2 mm. Contenido heterogeneo a expensas de multiples imágenes ovoideas, hiperecogénicas,

las cuales proyectan sombra acústica posterior, dimensiones de 53x17x25mm en sus ejes longitudinal, transversal y anteroposterior, respectivamente. Volumen calculado de 13 cc. Impresión diagnóstica de colecistitis crónica litiasica y datos en relación a esteatosis hepática. Se considera candidata a colecistectomía laparoscópica misma que se realiza en mayo de 2019, encontrándose una vesícula biliar Parkland IV, con disección de triángulo hepatocístico y localización de 2 y solo 2 estructuras que se introducen a la vesícula (arteria cística y conducto cístico), se verifica adecuada visión crítica de seguridad y se realiza colecistectomía laparoscópica sin incidentes o accidentes, con sangrado reportado de 50 mL en el transquirúrgico, se egresa un día posterior a intervención quirúrgica. Se da seguimiento en la consulta externa de cirugía general y se realiza revisión de reporte histopatológico donde se consigna que se recibe vesícula biliar periforme que mide 8.5 cm por 3.5 cm de diámetro, con diagnóstico histopatológico que corrobora colecistitis crónica litiasica.

A los 3 meses posterior a la intervención se valora nuevamente en la consulta subsecuente del servicio de cirugía y se egresa del servicio. Cursa asintomática, reintegrándose a sus actividades cotidianas y vida laboral. Cuatro años posteriores a la intervención índice (colecistectomía laparoscópica), presenta cuadro de dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho, acompañado de náusea y vómito, por lo que acude a urgencias, donde se inicia abordaje diagnóstico realizando laboratorios, además de ultrasonido de hígado y vía biliar y tomografía de abdomen, donde se evidencia la presencia de remanente vesicular con material en su interior compatible con litos, con impresión diagnóstica de colecistitis de remanente vesicular.

Se protocoliza para escisión laparoscópica del muñón, se realiza intervención con abordaje inicialmente laparoscópico sin embargo por hallazgos transquirúrgicos de un importante síndrome adherencial y fibrosis del área se decide conversión a cirugía abierta. Se realiza colangiografía intraoperatoria y resección del muñón vesicular, de aproximadamente 4x1.5x1cm. Se vigila a paciente en el postquirúrgico por 36 hrs, con buena evolución, por lo que se decide su egreso a domicilio, se valora 1 mes posterior a su egreso en la consulta de cirugía general, presentándose con adecuada evolución, se revisa reporte histopatológico donde se corrobora el diagnóstico de colecistitis crónica de muñón vesicular. Se egresa a paciente del servicio.

Figura 1: Se puede observar TAC corte coronal con evidencia litos en topografía de vesícula biliar, con impresión diagnóstica de recidiva de litiasis en muñón vesicular

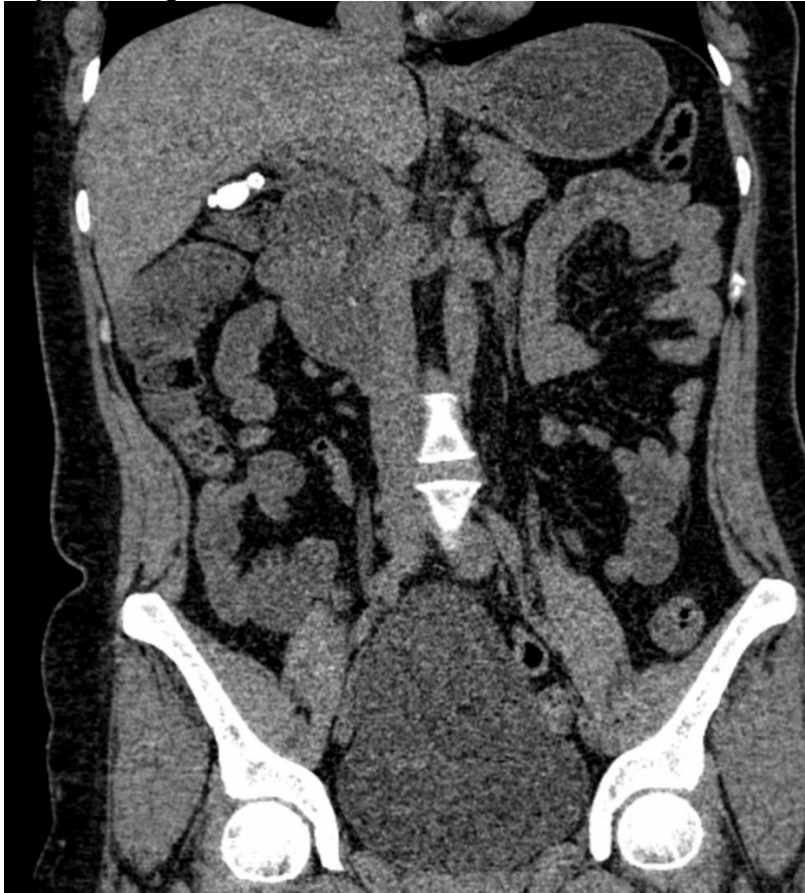


Figura 2: En topografía de vesícula biliar múltiples imágenes hiperecoicas que producen sombra acústica, impresión diagnóstica de litiasis de remanente vesicular



Figura 3: Colangiografía transoperatoria con evidencia de muñon vesicular



FIGURA 4: Pieza quirúrgica, producto de escisión a través de abordaje abierto



CONCLUSIONES

El síndrome postcolecistectomía secundario a remanente vesicular y del conducto cístico es una entidad poco frecuente, por lo que se decide reportar caso de paciente con antecedente de colecistitis crónica litiásica, que se somete a colecistectomía laparoscópica sin complicaciones, cuatro años posteriores a su

intervención se presenta en el servicio de urgencias con cuadro de dolor abdominal, compatible con cólico biliar, se realizan paraclínicos donde se encuentra muñón vesicular con litiasis, sometiendo a resección del muñón. Evoluciona satisfactoriamente con cita subsecuente a la consulta de cirugía general presentándose asintomática.

Es de suma importancia que como cirujano se tenga en cuenta esta entidad, para poder sospechar y llegar al diagnóstico de esta patología en pacientes con antecedente de colecistectomía y recurrencia del dolor. No existen hasta el momento guías estandarizadas para el diagnóstico y manejo de esta entidad, sin embargo existe el consenso entre la mayor parte de los autores de que la resección del muñón vesicular / cístico resuelven el proceso patológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez-Sánchez G, del Valle DD, Maydón-González HG, Pérez-Aguilar F. Colecistitis del remanente vesicular, una entidad en incremento: reporte de un caso. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2022;60(3):350-5.
2. Upchurch, C. P., Haas, N. L., Magnone, G., & Compton, J. S. (2018). Symptomatic cholelithiasis of a remnant gallbladder after open cholecystectomy. *The Journal of Emergency Medicine*, 55(3), e71-e73. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2018.05.028>
3. Burekhardt, O., Peisl, S., Rouiller, B., Colinet, E., & Egger, B. (2023). Length of the Remnant Cystic Duct and Bile Duct Stone Recurrence: a Case–Control Study. *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 27. <https://doi.org/10.1007/s11605-023-05607-x>
4. Jaunoo, S., Mohandas, S., & Almond, L. M. (2009). Postcholecystectomy syndrome (PCS). *International Journal of Surgery*, 8(.). <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2009.10.008>
5. Köhn, J., Trenk, A., Denham, W., Linn, J. G., Haggerty, S. P., Joehl, R., & Ujiki, M. (2020). Long-term Outcomes after Subtotal Reconstituting Cholecystectomy: A Retrospective case series. *The American Journal of Surgery*, 220(3), 736-740. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2020.01.030>
6. Perera, E., Bhatt, S., & Dogra, V. S. (2011). Cystic duct remnant syndrome. *Journal of clinical imaging science*, 1, 2. <https://doi.org/10.4103/2156-7514.73500>
7. Isherwood J, et al., A systematic review of the aetiology and management of post cholecystectomy syndrome, *The Surgeon* (2018), <https://doi.org/10.1016/j.surge.2018.04.001>

8. Lum, Y. W., House, M. G., Hayanga, A. J., & Schweitzer, M. (2006). Postcholecystectomy syndrome in the laparoscopic era. *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 16(5), 482-485. <https://doi.org/10.1089/lap.2006.16.482>
9. Arora D, Kaushik R, Kaur R, Sachdev A. Post- cholecystectomy syndrome: A new look at an old problem. *J Min Access Surg* 2018;14:202-7.
10. Girometti, R., Brondani, G., Cereser, L., Como, G., Del Pin, M., Bazzocchi, M., & Zuiani, C. (2010). Post-cholecystectomy Syndrome: Spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography. *British Journal of Radiology*, 83(988), 351-361. <https://doi.org/10.1259/bjr/99865290>
11. Kumar S, Kurian N, Singh RK, Chidipotu VR, Kumar S, Raj AK, *et al.* Surgical management of cystic duct stump calculi causing post-cholecystectomy syndrome: A prospective study. *J Min Access Surg* 2023;19:257-62.
12. Saleem, S., Weissman, S., González, H. F., Rojas, P., Inayat, F., Alshati, A., & Gaduputi, V. (2021). Post-cholecystectomy Syndrome: A retrospective study analysing the associated demographics, aetiology, and healthcare utilization. *Translational gastroenterology and hepatology*, 6, 58. <https://doi.org/10.21037/tgh.2019.11.08>
13. Palanivelu, C., Rangarajan, M., Jategaonkar, P. A., Madankumar, M. V., & Anand, N. V. (s. f.). Laparoscopic Management of Remnant Cystic Duct Calculi: A Retrospective Study. *Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 91(1), 25-29. <https://doi.org/10.1308/003588409x358980>
14. Moyano, S. P., Blanco, L. M., & López-Mañas, J. G. (2021). Remaining Cist syndrome in a cholecystectomy patient confirmed by conlangiography. *Revista Espanola De Enfermedades Digestivas*. <https://doi.org/10.17235/reed.2021.7989/2021>
15. Chowbey P, Sharma A, Goswami A, Afaque Y, Najma K, Baijal M, *et al.* Residual gallbladder stones after cholecystectomy: A literature review. *J Min Access Surg* 2015;11:223-30
16. Walsh, R. M., Ponsky, J. L., & Dumot, J. A. (2002). Retained gallbladder/cystic duct remnant calculi as a cause of postcholecystectomy pain. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*, 16(6), 981-984. <https://doi.org/10.1007/s00464-001-8236-1>

17. Hope, W. W., Fanelli, R. D., Walsh, D. S., Narula, V. K., Price, R., Stefanidis, D., & Richardson, W. (2017). SAGES Clinical Spotlight Review: Intraoperative Cholangiography. *Surgical Endoscopy and Other Interventional Techniques*, 31(5), 2007-2016.
<https://doi.org/10.1007/s00464-016-5320-0>
18. Kar, A., Gulati, S., Mohammed, S., Valappil, M. V., Sarala, B. B. N., Ghatak, S., & Bhattacharyya, A. (2018). Surgical management of cystic duct stump stone or gall bladder remnant stone. *Indian Journal of Surgery*, 80(3), 284-287. <https://doi.org/10.1007/s12262-018-1724-5>
19. Ruiz-Clavijo García D, et al. Síndrome del muñón cístico como causa de síndrome poscolecistomía. *Gastroenterol Hepatol*. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2016.04.007>