



COLECISTITIS DEL REMANENTE VESICULAR, UNA COMPLICACION EN AUMENTO. REPORTE DE CASO

Olvera Olmedo, Cinthia; Hernández Cruz, Elías; Sevilla Flores José Guadalupe, Hervert Velázquez, Yenllini

Institución: HOSPITAL REGIONAL LICENCIADO ADOLFO LOPEZ MATEOS ISSSTE, CDMX

INTRODUCCIÓN

La colecistectomía subtotal fue descrita en 1985 por Bornman y Terblanche; desde 1993 se ha realizado por laparoscopia como una alternativa a la colecistectomía total en casos de colecistectomía difícil. Fue clasificada como subtotal reconstituida y fenestrada. A pesar de ser una alternativa viable, se reporta hasta un 10.6% de fuga biliar y 2.2% de los pacientes presentan colecistitis del remanente vesicular, estenosis de la vía biliar y neoplasias del remanente vesicular, las cuales requerirán reintervención en situaciones incluso más complejas que el primer tiempo. En pacientes tratados mediante colecistectomía parcial se puede presentar cuadros de dolor asociados a colecistitis del muñón y siempre se deberá sospechar como etiología del síndrome postcolecistectomía.

OBJETIVO: Incluir la colecistitis del remanente vesicular como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedente de colecistectomía subtotal y dolor abdominal. Debido a que la colecistitis del muñón es sumamente infrecuente y requiere un alto índice de sospecha, consideramos de gran importancia reportar nuestro caso para siempre tener en mente este posible resultado.

CASO CLÍNICO

Femenina de 60 años, hipertensa, hipotiroidea y con cardiopatía en estudio, quirúrgicos histerectomía, safenectomía y colecistectomía subtotal reconstitutiva + coledocolitiasis de grandes elementos no resuelta por CPRE + colocación de endoprótesis tipo Ámsterdam en marzo 24. Protocolizada por consulta externa para SpyGlass o nueva CPRE, es ingresada el 12 de julio con extracción de litos exitosa y retiro de endoprótesis; horas posteriores a procedimiento inicia con dolor abdominal en hipocondrio derecho tipo cólico 6/10 EVA, náusea y vomito gastrointestinal, se ajusta analgesia y continua en observación, posteriormente el dolor se generaliza con intensidad 10/10, signos de irritación peritoneal y rebote positivo; se sospecha como posibilidad diagnóstica perforación post CPRE, por lo que es llevada a laparotomía exploradora con los siguientes hallazgos transquirúrgicos: 250 cc de material purulento en cavidad abdominal, muñón vesicular emplastrado y con abundante fibrosis que dificulta la visualización de vía biliar principal, perforación en muñón vesicular de 3 mm con salida espontánea de bilis turbia, Sx de Mirizzi II, a la exploración de duodeno mediante maniobra de Kocher sin evidencia de perforación, colédoco dilatado de 2 cm. Diagnóstico posquirúrgico: colecistitis del remanente vesicular + Sx de Mirizzi II/PO de LAPE + compleción de colecistectomía + exploración de vía biliar y colocación de sonda en T.

Paciente con evolución satisfactoria posquirúrgica, se decide egreso y seguimiento en la consulta externa, se recaba estudio histopatológico que confirma colecistitis de muñón vesicular.

Nombre del paciente	Id del paciente
	MAAR630828/20
Fecha de nacimiento	Número de acceso
1963-08-28	HAALP-Q-24-3960
Procedimiento	Médico remitente
VESICULA BILIAR	UNKNOWN, UNKNOWN
Fecha y hora del estudio	Nombre de la institución
2024-07-25 9:16 AM	HAALP

RADIOLOGY REPORT
FINDINGS
FINDING
DESCRIPCIÓN MACROSCÓPICA
Referido como remanente vesicular, se recibe un espécimen irregular de 2 x 1.1 x 0.7 cm., con superficie violácea, zonas hemorrágicas, pared de 0.4 cm., mucosa lisa y de color café claro. Se incluye completamente en cápsula A1.
AMP R2 AP
DIAGNÓSTICO
REFERIDO COMO REMANENTE VESICULAR: FRAGMENTO DE VESICULA BILIAR CON COLECISTITIS AGUDA CON REACCIÓN GIGANTOCELULAR A CUERPO EXTRAÑO.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

A pesar de que la colecistectomía subtotal se describe como una técnica segura para evitar lesiones de la vía biliar y su uso se ha ido incrementando en los cirujanos en formación como una pieza fundamental en los recursos quirúrgicos de “rescate” como opción en casos de colecistectomía difícil, esta no es inocua y puede resultar en complicaciones futuras. Por ello la colecistectomía total debe realizarse siempre que sea posible.

REFERENCIAS

- Chowbey P, Sharma A, Goswami A, et al. Residual gallbladder stones after cholecystectomy: A literature review. J Minim Access Surg 2015;11:223–30. 2. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, et al. Subtotal cholecystectomy for “difficult gallbladders”: systematic review and meta-analysis. JAMA Surg 2015;150:159–68. 3. Palanivelu C, Rajan PS, Jani K, et al. Laparoscopic cholecystectomy in cirrhotic patients: the role of subtotal cholecystectomy and its variants. J Am Coll Surg 2006;203:145–51. 4. Whitson B, Wolpert S. Cholelithiasis and cholecystitis in a retained gallbladder remnant after cholecystectomy. J Am Coll Surg 2007;205:814–5.
- Teshima T, Nitta H, Mitsuura C, Shiraishi Y, Harada K, Shimizu K, Karashima R, Masuda T, Matsumoto K, Okino T, Takamori H. How to treat remnant cholecystitis after subtotal cholecystectomy: two case reports. Surg Case Rep. 2021 May 3;7(1):109. doi: 10.1186/s40792-021-01183-x. PMID: 33939052; PMCID: PMC8093147
- Concors SJ, Kirkland ML, Schuricht AL, Dempsey DT, Morris JB, Vollmer CM, Drebin JA, Lee MK. Resection of gallbladder remnants after subtotal cholecystectomy: presentation and management. HPB (Oxford). 2018 Nov;20(11):1062-1066. doi: 10.1016/j.hpb.2018.05.005. Epub 2018 Jun 7. PMID: 29887262.
- Antonio M Satorras, Luz Villanueva, Javier Vázquez, Luis Pigni, Ali M Salem, Alberto Ramos. Acute cholecystitis secondary to recurrent cholelithiasis after subtotal cholecystectomy. Cirugía Española Vol. 77. Núm. 1. Páginas 51-53 (enero 2004). DOI: 10.1016/S0009-739X(05)70805-8