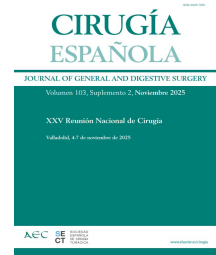




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



VC-049 - REMANENTE VESICULAR COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL

Pérez Reyes, María; Pérez Rodríguez, Rosa; Santoyo Villalba, Julio; Pérez Daga, José Antonio; Sánchez Pérez, Belinda; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La colecistectomía subtotal es una alternativa segura en casos de colecistectomía dificultosa donde la identificación de estructuras anatómicas es compleja. Pero dejar un remanente vesicular puede conllevar riesgos, sobre todo si persisten litiasis. Cuando es sintomático puede requerir reintervención para reseca el tejido residual.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 58 años sin antecedentes médicos de interés. Intervenido de colecistectomía en 2017 en otro centro, la cirugía se describió sin incidencias. Desde entonces refiere molestias en hipocondrio derecho, relacionado con la ingesta con empeoramiento el último año, precisando ingreso a cargo de aparato digestivo para estudio. La analítica mostraba colestasis disociada. El TAC abdominal mostró dilatación de vía biliar con sospecha de litiasis proximal a papila mayor y conducto cístico remanente de inserción baja. Se completó el estudio con colangioRMN que describía imagen sacular (15 mm) con defectos de señal en su interior sugestiva de remanente vesicular con litiasis (fig. 1a-1b) y lesión quística (5mm) en cola pancreática en relación con NMPI de rama secundaria. Para valorar la vía biliar se completó el estudio con RM con ácido gadoxético que informaba dilatación de la vía biliar intrahepática y adyacente al conducto hepático común imagen de morfología sacular de 13 mm con defectos de señal en su interior, compatibles con litiasis. Sin embargo, no se identificaba excreción de ácido gadoxético a dicho nivel que demostrase su comunicación con la vía biliar. Se realizó CPRE, esfinterotomía y se identificó cístico de implantación baja y remanente vesicular. Con balón de Fogarty se extrajo barro biliar. Posteriormente con contraste se observaba leve estenosis por angulación en la zona de la vía biliar adyacente a las grapas de colecistectomía. Se dejó posicionada una prótesis biliar plástica tipo Advanix 8,5F x 7 cm y se comprobó su correcta posición. Tras el alta fue remitida a consulta y se decidió cirugía. El abordaje fue laparoscópico. Se seccionaron adherencias para correcta exposición del hilio hepático. Se identificó la arteria hepática y una gran estructura tubular con varios clips que no captaba verde indocianina. Por ello se decidió apertura de dicha estructura observando que era la vía biliar. Se disecaron estructuras adheridas a vía biliar, objetivando el cístico con trayecto paralelo a vía biliar con inserción baja, así como remanente vesicular con litiasis con trayecto posterior a vía biliar y extremo en borde izquierdo de vía biliar. Se exploró con coledocoscopia. Se cerró la vía biliar con v-lok. Como incidencias presentó fístula biliar de bajo débito (20 cc) manejado de forma conservadora con drenaje, retirado al 10 día.



Discusión: La sintomatología del remanente vesicular puede aparecer meses o años después. Pueden presentar dolor tipo cólico, ictericia o pancreatitis. La colangioRMN o CPRE son útiles para identificar la anatomía y posibles cálculos. Esta reintervención es más compleja por fibrosis y alteraciones anatómicas. Ante sospecha de síndrome de Mirizzi es recomendable colocar prótesis biliar preoperatoriamente. Es útil el verde indocianina para evitar lesiones de vía biliar. En nuestro caso nos sirvió para identificar la parte proximal, pero al ser portadora de prótesis pudimos suturar de forma primaria el colédoco.