

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses ni financiación que declarar.

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en [doi:10.1016/j.ciresp.2022.10.021](https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.10.021).

BIBLIOGRAFÍA

- López Ben S. Manejo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio precoz del sangrado en cirugía hepática. Técnicas de oclusión vascular. En: Robles Campos R, Parrilla Paricio P, editores. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos: Cirugía Hepática. 2ª edición. Madrid: Arán Ediciones, SL; 2018. p. 45-59.
- Man K, Fan ST, Ng IO, Lo CM, Liu CL, Wong J. Prospective evaluation of Pringle maneuver in hepatectomy for liver tumors by a randomized study. *Ann Surg*. 1997;226:704-13.
- Low JK, Ayiomamitis GD, Hamoudi A, Ammori BJ. Spontaneous rupture of the splenic capsule with massive bleeding subsequent to the Pringle maneuver during laparoscopic liver resection. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2011;21:84-6.
- Van Buijtenen MJ, Lamme B, Hesselink E. Spontaneous splenic rupture during Pringle maneuver in liver surgery. *World J Hepatol*. 2010;2:243-5. 27;.
- Giagounidis AA, Burk M, Meckenstock G, Koch AJ, Schneider W. Pathologic rupture of the spleen in hematologic malignancies: two additional cases. *Ann Hematol*. 1996;73:297-302.
- Baniel J, Bihle R, Wahle GR, Foster RS. Splenic rupture during occlusion of the porta hepatis in resection of tumors with vena caval extension. *J Urol*. 1994;151:992-4; Douzdzian V, Broughan TA. Spontaneous splenic rupture during total vascular occlusion of the liver. *Br J Surg*. 1995;82:406-7.
- Baradaran S, Mischinger HJ, Bacher H, Werkgartner G, Karpf E, Linck FG. Spontaneous splenic rupture during portal triad clamping. *Langenbecks Arch Chir*. 1995;380:266-8.
- Kling N, Bechstein WO, Steinmüller T, Raakow R, Jonas S. Spontaneous splenic rupture during pringle maneuver in liver resection for hepatic abscess. *Acta Chir Austriaca*. 1999;31:261-3.
- Loinaz Seguro C, Calvo Pulido J, García-Sesma Pérez-Fuentes Á, Cambra Molero F, Justo Alonso I, Caso Maestro Ó. Hipertensión portal. Concepto. Tratamiento. Cirugía de la hipertensión portal: indicaciones y técnicas quirúrgicas. En: Robles Campos R, Parrilla Paricio P, eds. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos: Cirugía Hepática. 2ª edición. Madrid: Arán Ediciones, SL; 2018. p. 198-206.
- Tajiri T, Hayashi H, Miyamoto Y, Imai K, Kitano Y, Kaida T, et al. Clinical Impact of Operative Order in Laparoscopic Simultaneous Resection for Synchronous Colorectal Liver Metastases. *Cancer Diagn Progn*. 2021;1:151-6.
- Pandit N, Awale L, Adhikary S, Banerjee JK, Ghosh SR, Kulkarni SV, et al. Modified Makuuchi incision for major upper abdominal surgeries. *Pol Przegl Chir*. 2019;91:15-9.
- Ouaissi M, Benoist S, Penna C, Nordlinger B. How to manage splenic rupture during major liver resection. *Gastroenterol Clin Biol*. 2006;30:1311-2.

Patricia Camporro-González^{a*}, Natalia Pujol-Cano^a, Francesc Xavier Molina-Romero^{abc}, Elías. Palma-Zamora^a y Jose Miguel Morón-Canis^{ac}

^aServicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca, España

^bFacultad de Medicina, Universidad de las Illes Balears, Palma de Mallorca, España

^cGrupo de Simulación y 3D (S-3D), Instituto de Investigación de las Illes Balears (IdISBa), Palma de Mallorca, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: patrigoncam@hotmail.com (P. Camporro-González).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.10.021>
0009-739X/

© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Displasia de alto grado en el conducto cístico tras colecistectomía

High-grade dysplasia in the cystic duct after cholecystectomy



La colecistectomía laparoscópica es una de las cirugías más frecuentemente realizadas. La displasia de alto grado (DAG) en el margen de sección del conducto cístico es infrecuente, tras colecistectomía por colelitiasis (< 0,1%) o colecistitis aguda (1%), considerándose precursor del cáncer de vesícula

biliar y vías biliares^{1,2}. Por ello, ante un hallazgo de displasia, queda obligado descartar enfermedad tumoral concomitante, principalmente tumores biliares multifocales (neoplasia papilar intraductal biliar, adenocarcinoma de vesícula biliar y colangiocarcinoma)². Sin embargo, ante una DAG

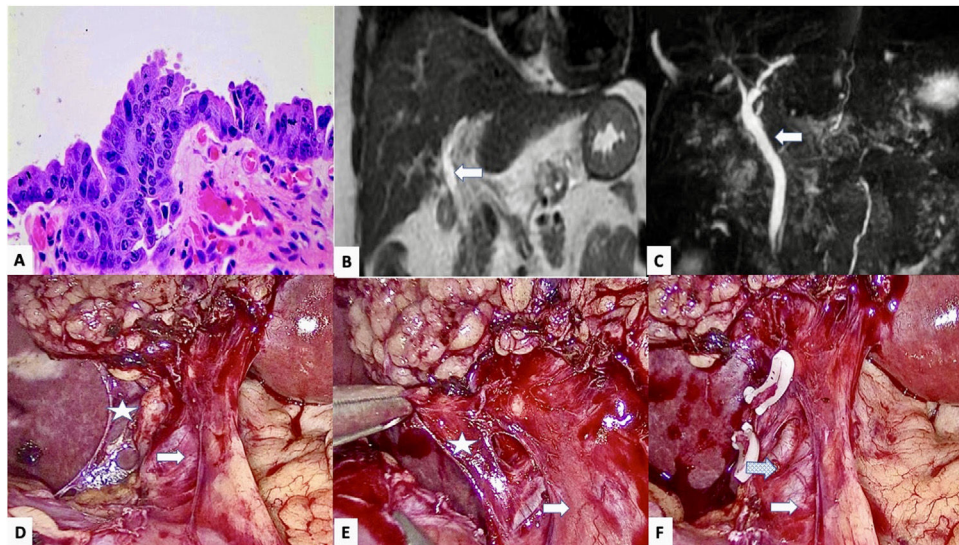


Figura 1 – Displasia de alto grado epitelial en el borde de resección cístico de la pieza de colecistectomía mostrando pérdida de la polaridad nuclear y atipia intensa con irregularidad, agrandamiento e hiper cromatismo nuclear. B y C) Vía biliar principal (flecha) en cortes coronales de RM en T1 (B) y T2 (C), sin objetivarse estenosis ni dilatación de la misma. D y E) Visión laparoscópica, objetivándose la vía biliar principal (flecha) y el muñón del conducto cístico (estrella) previa a su resección quirúrgica. F) Imagen tras la resección del remanente cístico, apreciándose vía biliar principal (flecha) con vena varicosa asociada (flecha punteada).

aislada sin claros datos de invasión, no existe consenso terapéutico³.

Presentamos a una mujer de 44 años, con antecedentes médicos de esclerosis múltiple, trasplantada de médula ósea por leucemia mieloide aguda, colelitiasis con varios cólicos biliares durante un año de evolución, por lo que se sometió a colecistectomía laparoscópica electiva, realizándose sin incidencias. El estudio histopatológico reveló displasia de alto grado (neoplasia intraepitelial biliar de alto grado) de 2 mm en el margen de sección del conducto cístico sin afectación de la vesícula biliar (fig. 1A). En el examen físico la paciente no presentaba dolor abdominal, ni ictericia; tampoco refería pérdida de peso; el análisis sanguíneo fue normal, sin alteración de enzimas hepáticas ni bilirrubina, los marcadores tumorales fueron normales (CEA 3,09 ng/ml, Ca 19.9 18,80 U/ml). En la colangio-RM hepática no se objetivaban lesiones ocupantes de espacio, adenopatías patológicas, ni dilatación de la vía biliar (fig. 1B y C).

El comité multidisciplinar, debido al informe histológico y la ausencia de enfermedad a distancia, descartó nuevos estudios diagnósticos (TAC, CPRE), proponiéndose la intervención quirúrgica de re-resección del margen cístico. La misma se realizó por laparoscopia, mediante disección y sección del remanente cístico, proximal a la vía biliar (fig. 1D-F). El estudio intraoperatorio del margen de resección ($1 \times 0,6 \times 0,1$ cm) ni la re-resección del conducto cístico evidenciaron displasia residual o malignidad. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. En la colangio-RM al mes postoperatorio no se objetivaron hallazgos de interés.

La aparición de DAG en el margen cístico tras colecistectomía es un hallazgo poco común (0,2-1%)^{3,4}. Su importancia radica en la posibilidad de progresión a carcinoma (colangio-

carcinoma en la vía biliar o adenocarcinoma de vesícula biliar), al ser su precursor común (69% de los casos), ambos de pronóstico ominoso y gran capacidad de invasión^{3,4}. Si el diagnóstico de malignidad se confirma, el tratamiento quirúrgico debe ser agresivo, con resección de la vía biliar, hepatectomía del segmento IVb y V, linfadenectomía portal, perihiliar y del ligamento gastrohepático¹. Algunos grupos han descrito una gran asociación de la DAG con el colangiocarcinoma extrahepático (13-20%), refiriendo además que el principal factor pronóstico de supervivencia fue la afectación del margen quirúrgico⁴⁻⁶. En caso de tumores de dicha localización, debido a su gran multifocalidad, la exploración de la vía biliar es obligatoria, siendo necesaria su resección en muchos casos (tabla 1)⁷.

Sin embargo, la presencia de DAG en ausencia de sospecha de malignidad es realmente infrecuente (0,05%)^{8,9}. En estos pacientes, el objetivo principal, como destacan las guías de la American Hepato-Pancreato-Biliary Association (AHPBA), es descartar la enfermedad tumoral adyacente¹⁰. En primer lugar, basándose en hallazgos intraoperatorios de la colecistectomía previa, presencia de adenopatías, dilatación de la vía biliar, tumoración vesicular o biliar. En segundo lugar, tras la confirmación histológica de DAG, sería necesario realizar un estudio de extensión con la TAC abdominal y la colangio-RM. Los marcadores tumorales (CEA, CA 19,9) podrían ayudar a guiar el diagnóstico. Según lo referido anteriormente, este tipo de neoplasias tienden a la multifocalidad, por lo que una CPRE diagnóstica podría ser adecuada.

Frecuentemente, las pruebas diagnósticas preoperatorias no aportan información relevante, por lo que la pregunta que se plantearía es si la cirugía radical es necesaria o bastaría con una resección del cístico y vigilancia estrecha, ante la ausencia

Tabla 1 – Distribución de los casos de DAG descritos en la literatura

Casos	Edad (años)	Sexo	Imagen preoperatoria	Cirugía	Histología	Supervivencia
Bickenbach et al. ⁴ , 2011 (N = 5)	65,2 (57-77)	Varones (3:5)	80% RM 40% TAC + RM 20% CPRE + RM	Resección cístico ± (80%) linfadenectomía ± (40%) segmentectomía IV-V	80% sin displasia 20% Colangiocarcinoma (T2N1)	80% libre de enfermedad 20% fallecimiento
Sunkel-Laing et al. ⁷ , 2014 (N = 1)	67	Varón	TAC + CPRE	Duodenopancreatectomía cefálica (Whipple)	Colangiocar-cinoma	Fallecimiento
Moslim et al. ¹ , 2017 (N = 1)	36	Mujer	RM + CPRE + TAC	Resección cístico	Sin displasia	Libre enfermedad
Saliba y Zaatari ³ , 2019 (N = 1)	44	Varón	RM	Resección cístico	Sin displasia	Libre enfermedad

de diagnóstico y de indicios de malignidad. En este aspecto, el papel de los comités multidisciplinares es esencial. Tradicionalmente, la cirugía radical con escisión de la vía biliar era la terapéutica adecuada; sin embargo, en los últimos trabajos publicados se aboga por la opción conservadora con vigilancia estrecha, con o sin tratamiento quirúrgico^{1,4}. Esta decisión, debido a su importancia, siempre debe ser consensuada con el paciente, optándose mayoritariamente por el tratamiento quirúrgico, tal como se describe en otras series⁴. El diagnóstico es histológico, detectándose células con DAG, sugiriéndose que el margen de resección libre de enfermedad debe ser al menos de 5 mm, en términos pronósticos.

En nuestro caso se decidió reintervención mediante cirugía mínimamente invasiva, resecando el remanente cístico y confirmando la ausencia de afectación de los márgenes mediante envío de muestra intraoperatoria. Esta última no es obligatoria, debido a su baja rentabilidad diagnóstica (fibrosis, cambios inflamatorios), pero ayuda a marcar el pronóstico y la extensión quirúrgica³. Respecto al seguimiento tras la intervención quirúrgica, los datos en la literatura son ambiguos; se recomienda al menos, seguimiento durante 5 años, como si se tratara de un carcinoma biliar, con marcadores tumorales (CEA, CA 19,9) y ECO/TAC abdominal cada 6 meses durante 2 años, tras los cuales serían anualmente.

En conclusión, la DAG del remanente cístico sin evidencia de malignidad, tras colecistectomía, es una enfermedad infrecuente; sin embargo, requiere descartar su asociación con enfermedad tumoral biliar, siendo la resección cística y el seguimiento estrecho el tratamiento de elección.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de interés por parte de ningún autor.

Agradecimientos

A todo el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo y de Trasplante de Órganos abdominales del Hospital Universitario 12 de Octubre.

BIBLIOGRAFÍA

- Moslim MA, Tang A, Morris-Stiff G. Management of high-grade dysplasia of the cystic duct after cholecystectomy. *BMJ Case Rep.* 2017. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2016-218994>. PMID: 28645922.
- Solaini L, Sharma A, Watt J, Iosifidou S, Chin Aleong JA, Kocher HM. Predictive factors for incidental gallbladder dysplasia and carcinoma. *J Surg Res.* 2014;189:17–21.
- Saliba M, Zaatari G. Incidental high-grade dysplasia of the cystic duct margin: case report and literature review. *Chin Clin Oncol.* 2019;8:34.
- Bickenbach KA, Shia J, Klimstra DS, DeMatteo RP, Fong Y, Kingham TP, et al. High-grade dysplasia of the cystic duct margin in the absence of malignancy after cholecystectomy. *HPB.* 2011;13:865–8.
- Shingu Y, Ebata T, Nishio H, Igami T, Shimoyama Y, Nagino M. Clinical value of additional resection of a margin-positive proximal bile duct in hilar cholangiocarcinoma. *Surgery.* 2010;147:49–56.
- Wakai T, Shirai Y, Moroda T, Yokoyama N, Hatakeyama K. Impact of ductal resection margin status on longterm survival in patients undergoing resection for extrahepatic cholangiocarcinoma. *Cancer.* 2005;103:1210–6.
- Sunkel-Laing B, Kalam A, Renfrew I, Mears L, Kocher HM. Repeated negative biopsies in isolated high-grade cystic duct dysplasia with progression to adenocarcinoma. *Case Rep Gastroenterol.* 2014;8:304–9.
- Koshiol J, Bellolio E, Vivallo C, Cook P, Roa JC, McGee EE, et al. Distribution of dysplasia and cancer in the gallbladder: An analysis from a high cancer-risk population. *Hum Pathol.* 2018;82:87–94.
- Renshaw AA, Gould EW. Submitting the entire gallbladder in cases of dysplasia is not justified. *Am J Clin Pathol.* 2012;138:374–6.
- Aloia TA, Járufe N, Javle M, Maithel SK, Roa JC, Adsay V, et al. Gallbladder cancer: Expert consensus statement. *HPB.* 2015;17:681–90.

Alberto García Picazo*, Viviana Vega Novillo,
Rosa González Martín, Alfredo Vivas López e Iago Justo Alonso

Servicio de Cirugía General, del Aparato Digestivo y de Trasplantes de órganos abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: agpicazo@salud.madrid.org,
alberto.gpicazo@gmail.com (A. García Picazo).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.10.024>
0009-739X/

© 2022 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.



El síndrome de sumidero como complicación tardía de la hepaticoyeyunostomía latero-lateral por yatrogenia biliar

Sump syndrome as a late complication of side-to-side hepaticojejunostomy due to biliary iatrogenesis

El síndrome del sumidero (SS) se define como la acumulación de bilis, barro biliar, cálculos o detritus en el reservorio biliar (colédoco infraanastomótico), ya sea después de una coledocoduodenostomía latero-lateral como causa más frecuente^{1,2} o después de una hepaticoyeyunostomía latero-lateral en Y de Roux³.

Se presentan 2 casos de SS. El primero, de un varón de 74 años, intervenido hace 26 años mediante hepaticoyeyunostomía latero-lateral en Y de Roux por lesión yatrógena del conducto hepático en el curso de una colecistectomía laparoscópica. Desde hace 2,5 años, es ingresado por múltiples cuadros de colangitis aguda y varios abscesos hepáticos. El paciente se trató con antibioterapia, dilataciones de la hepaticoyeyunostomía por CTPH y colocación de una prótesis biodegradable en 2019. No se realizó RM por la presencia de perdigones por accidente de caza, optándose por una TC en la que se observó una dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática ocupada por cálculos biliares. Después de una papilotomía fallida para extraer los cálculos del colédoco, el paciente acudió a nuestro centro donde se indicó la cirugía. Se intervino hace 4 meses, observándose una obstrucción casi completa de la hepaticoyeyunostomía latero-lateral y la vía biliar intra- y extrahepática dilatadas con barro biliar y abundantes cálculos blandos (fig. 1a). Se observó un asa yeyunal aferente de 45 cm, se seccionó la hepaticoyeyunostomía y se extrajeron los cálculos y barro de la vía biliar intra- y extrahepática mediante lavado y catéter de Fogarty. Se demostró buen paso al duodeno y se suturó el colédoco. La vía biliar a nivel de la confluencia se amplió hasta 2,5 cm de diámetro mediante sección longitudinal del conducto hepático izquierdo, concluyendo con una hepaticoyeyunostomía término-lateral y recolocación del asa aferente a 70 cm de la anastomosis biliyeyunal. El posoperatorio transcurrió sin incidencias y desde entonces el paciente está asintomático.

El segundo caso corresponde a un varón de 68 años con antecedente de una hepaticoyeyunostomía latero-lateral en Y de Roux después de una estenosis coledociana secundaria a

colocación de un tubo de Kehr. Después de 4 años presentó un episodio de colangitis aguda, detectándose en la colangio-RM litiasis y dilatación de 1,5 cm de la vía biliar intra- y extrahepática (fig. 1b). Se indicó la cirugía por litiasis intrahepática y SS, confirmando la permeabilidad de la hepaticoyeyunostomía, de 1 cm de diámetro, dilatación biliar intra- y extrahepática de 1,8-2 cm y abundantes cálculos intra- y extrahepáticos. Al igual que en el primer caso, se amplió la boca biliar a nivel de la confluencia hasta 3 cm, extrayendo los cálculos intrahepáticos y del colédoco, realizando posteriormente una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux termino-lateral con pie de asa a 70 cm. Después de un posoperatorio sin complicaciones, el paciente sigue asintomático al cabo de 3 años.

El SS más frecuente, dentro de su rareza, es el desarrollado durante un seguimiento entre 5-9 años de una coledocoduodenostomía latero-lateral, pudiendo presentar una clínica de dolor abdominal, fiebre, colangitis, pancreatitis, abscesos hepáticos y elevación moderada de enzimas hepáticas, aceptándose actualmente la esfinterotomía por CPRE como tratamiento de elección^{2,4,5}. Cuando el tratamiento endoscópico no es posible o es insuficiente, la intervención quirúrgica es la indicación más aceptada^{1,2,5}.

Los factores de riesgo del SS son la longitud larga del colédoco (por debajo de la coledocoduodenostomía o hepaticoyeyunostomía), estenosis coledocoduodenal o hepaticoyeyunal, coledocolitiasis residual o recurrente y estenosis o disfunción papilar^{2,6,7}. Un caso similar a los nuestros es el de Kim et al.³ (tabla 1), de un paciente tratado mediante una hepaticoyeyunostomía latero-lateral que, al cabo de 26 años, empieza con un cuadro de leucocitosis y absceso hepático de 6,5 cm que es tratado mediante antibioterapia, drenaje percutáneo y papilotomía por CPRE extrayendo cálculos y barro en el colédoco evidenciando ausencia de estenosis hepaticoyeyunal. La indicación de cirugía en nuestro primer caso fue por obstrucción casi completa de la hepaticoyeyunostomía y litiasis intra- y extrahepática con varios intentos de papilotomía fallida por CPRE para resolver el SS, mientras