

\* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: [agpicazo@salud.madrid.org](mailto:agpicazo@salud.madrid.org),  
[alberto.gpicazo@gmail.com](mailto: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<sup>1,2</sup> o después de una hepaticoyeyunostomía latero-lateral en Y de Roux<sup>3</sup>.

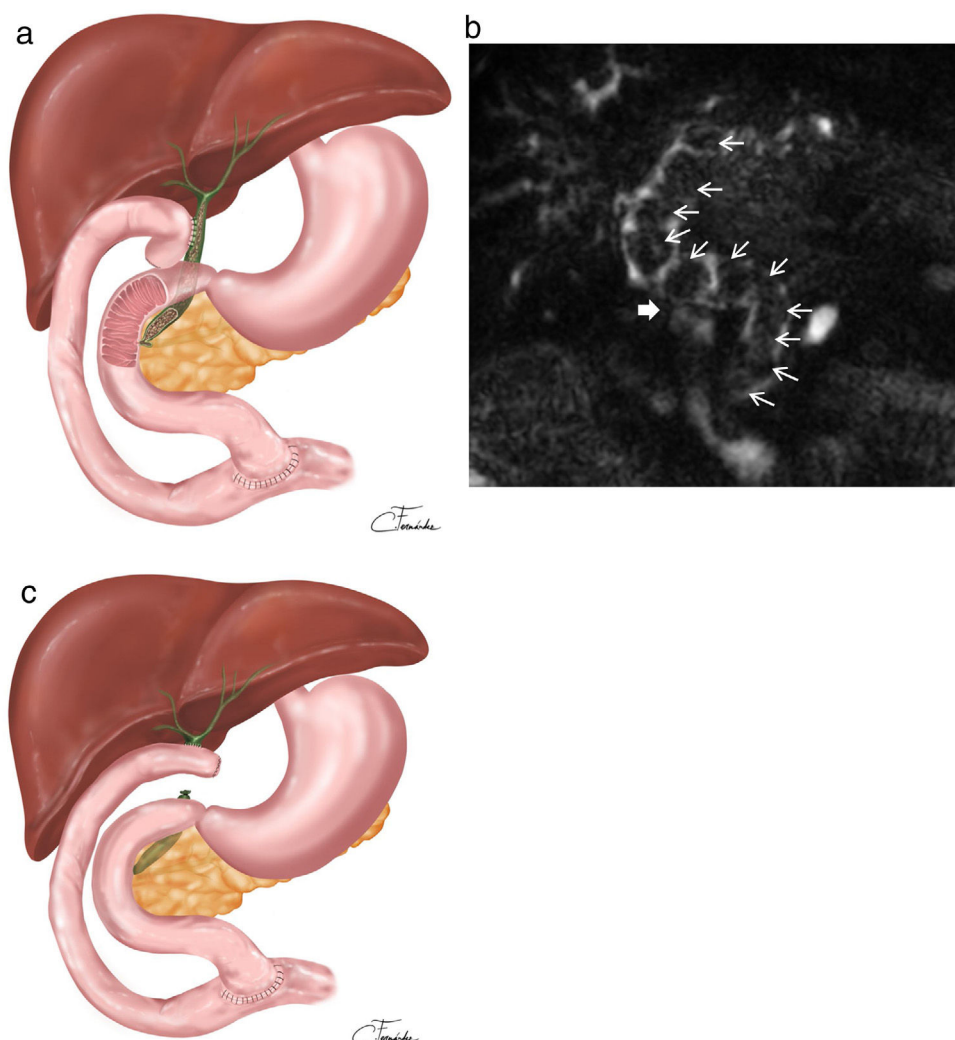
Se presentan 2 casos de SS. El primero, de un varón de 74 años, intervenido hace 26 años mediante hepaticoyeyunostomía latero-lateral en Y de Roux por lesión yatrógena del conducto hepático en el curso de una colecistectomía laparoscópica. Desde hace 2,5 años, es ingresado por múltiples cuadros de colangitis 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<sup>2,4,5</sup>. Cuando el tratamiento endoscópico no es posible o es insuficiente, la intervención quirúrgica es la indicación más aceptada<sup>1,2,5</sup>.

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<sup>2,6,7</sup>. Un caso similar a los nuestros es el de Kim et al.<sup>3</sup> (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



**Figura 1 – a) Síndrome del sumidero en la hepaticoyeyunostomía latero-lateral debido a acumulación de barro y litiasis biliar en el colédoco infraanastomosis hepaticoyeyunal. b) Colangiopancreatografía por resonancia magnética en el plano coronal muestra dilatación de la vía biliar debido a la presencia de numerosas litiasis (flechas finas) que ocupan la vía biliar extrahepática e intrahepática proximal, en paciente con coledocoduodenostomía latero-lateral (flecha gruesa). c) Hepaticoyeyunostomía termino-lateral en Y de Roux.**

que en el segundo fue por litiasis intrahepática y extrahepática (dentro del colédoco o sumidero).

Creemos que al desarrollo de nuestro primer caso de SS debe haber contribuido importantemente la estenosis hepaticoyeyunal casi completa y disfunción o estenosis de papila que facilitarían el paso de la bilis al colédoco infrahepaticoyeyunal, además del asa aferente corta (45 cm) que facilita la colangitis ascendente. La hepaticoyeyunostomía latero-lateral se ha reportado con buenos resultados en pacientes con yatrogenia biliar basándose en una menor disección que evita la isquemia biliar<sup>8</sup>. Sin embargo, con la hepaticoyeyunostomía termino-lateral se previene el SS, ya que el cierre del colédoco evita el paso de bilis y cálculos al colédoco<sup>8</sup>.

Recientemente, se ha publicado un caso raro de SS posthepaticoyeyunostomía termino-lateral permeable, origi-

nado por la fistulización entre el asa aferente (a 2 cm por debajo de la hepaticoyeyunostomía) y el colédoco distal, dando lugar a colangitis de repetición, y tratado mediante papilotomía<sup>9</sup>.

El SS asociado a la hepaticoyeyunostomía latero-lateral (actualmente, de rara utilización) es extremadamente infrecuente, mostrando nuestra experiencia de 2 pacientes tratados mediante cirugía por presentar litiasis intrahepática en ambos y estenosis hepaticoyeyunal asociada en el primer caso con resolución favorable.

## Financiación

Los autores declaran no haber recibido financiación.

**Tabla 1 – Caso publicado en la literatura y nuestra experiencia de 2 casos**

	Kim et al., 2020	Caso 1	Caso 2
Sexo / edad (años)	Varón / 80 años	Varón / 74 años	Varón / 68 años
Antecedentes	Hemicolectomía izquierda y colecistectomía Colangitis de repetición tratada con prótesis biliar Coledocoyeyunostomía L-L, en Y de Roux por prótesis biliar fallida Historia radiológica de múltiples abscesos hepáticos resueltos espontáneamente 1 año antes	Colecistectomía laparoscópica y lesión yatrogénica del conducto hepático común tratada mediante hepaticoyeyunostomía latero-lateral	Gastrectomía y reconstrucción Billroth II Colecistectomía y revisión de vía biliar Tubo en T de Kehr por coleperitoneo tras retirada del previo A los 4 años,olangitis aguda y absceso hepático por estenosis de colédoco Coledocoyeyunostomía L-L, en Y de Roux
Clínica	Al cabo de 26 años: alteración mental, leucocitosis y absceso hepático de 6,5	Después de 26 años de la colecistectomía y derivación bilioyeyunal: múltiples ingresos porolangitis de repetición y abscesos hepáticos	Después de 4 años. Colangitis aguda
Pruebas de imagen	TC: Absceso hepático de 6,5 cm CPRE: coledocoyeyunostomía L-L permeable y defectos de repleción en colédoco infraanastomosis coledocoyeyunal No se realiza RM por dispositivo cardíaco	CTPH: dilatación de la estenosis Prótesis endoscópica biodegradable. Papilotomía endoscópica fallida No se realiza RM por perdigones (accidente de caza) TC: Dilatación de la vía biliar intra- y extrahepática, aerobilia y colédoco dilatado que «parece ocupado»	Colangio-RM (2019): dilatación y litiasis de la vía biliar intra- y extrahepática (1,5 cm)
Hallazgos intraoperatorios o radiológicos y tratamiento	Antibioterapia y drenaje percutáneo por TC del absceso hepático Esfinterotomía papilar por CPRE con extracción de litiasis y barro biliar con balón	Estenosis hepaticoyeyunal Vía biliar intrahepática y colédoco dilatados y llenos de cálculos y barro biliar Muñón yeyunal proximal largo (10 cm, a la izquierda de la anastomosis). Asa yeyunal aferente corta (45 cm) Sección anastomótica Hepaticoyeyunostomía: 2,5 cm (ampliación a CH izquierdo) (fig. 1c) Ampliación del asa aferente yeyunal hasta 70 cm	Vía biliar intra- y extrahepática dilatadas (1,8-2 cm) Hepaticoyeyunostomía de 1 cm de diámetro Múltiples litiasis intra- y extrahepáticas: extracción mediante lavado y Fogarty Sección hepaticoyeyunostomía L-L Reanastomosis hepaticoyeyunal T-L hasta 3 cm de diámetro (fig. 1c)
Seguimiento	Resolución del absceso hepático 1 año después	Asintomático después de 4 meses	Asintomático después de 3 años

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

- Jiménez Romero LC, Moreno González E, Hidalgo Pascual M, Rico Selas P, García Ocaña A, García García I, et al. Coledocoduodenostomía en el tratamiento de las enfermedades benignas de la vía biliar [Choledochoduodenostomy in the treatment of benign diseases of the bile ducts]. *Rev Esp Enferm Apar Dig*. 1985;68:293-9.
- Caroli-Bosc FX, Demarquay JF, Peten EP, Dumas R, Bourgeon A, Rampal P, et al. Endoscopic management of sump syndrome after choledochoduodenostomy: retrospective analysis of 30 cases. *Gastrointest Endosc*. 2000;51:180-3. [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107\(00\)70415-9](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107(00)70415-9).
- Kim H, Triplett D, Kauffman S, Beck G. Hepatic Abscess: A Rare Presentation of Sump Syndrome After Choledochoduodenostomy. *ACG Case Rep J*. 2020;7:e00447. <http://dx.doi.org/10.14309/crj.00000000000000447>.
- Demirel BT, Kekilli M, Onal IK, Parlak E, Disibeyaz S, Kacar S, et al. ERCP experience in patients with choledochoduodenostomy: diagnostic findings and therapeutic management. *Surg Endosc*. 2011;25:1043-7. <http://dx.doi.org/10.1007/s00464-010-1313-6>.
- Abraham H, Thomas S, Srivastava A. Sump Syndrome: A Rare Long-Term Complication of Choledochoduodenostomy. *Case Rep Gastroenterol*. 2017;11:428-33. <http://dx.doi.org/10.1159/000477335>.
- Marbet UA, Stalder GA, Faust H, Harder F, Gyr K. Endoscopic sphincterotomy and surgical approaches in the treatment of the 'sump syndrome'. *Gut*. 1987;28:142-5. <http://dx.doi.org/10.1136/gut.28.2.142>.

7. Polydorou AA, Chisholm EM. Management of sump syndrome after choledochoduodenostomy. *Gastrointest Endosc.* 1989;35:355. [http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107\(89\)72818-2](http://dx.doi.org/10.1016/s0016-5107(89)72818-2).
8. Winslow ER, Fialkowski EA, Linehan DC, Hawkins WG, Picus DD, Strasberg SM. Sideways: results of repair of biliary injuries using a policy of side-to-side hepaticojejunostomy. *Ann Surg.* 2009;249:426-34.
9. Eshkenazy R, Inbal Y, Azoulay D. A New Cause of Cholangitis Following Roux-en-Y Hepaticojejunostomy. *Gastroenterology.* 2020;159:e10-1. <http://dx.doi.org/10.1053/j.gastro.2020.01.036>.

Clara Fernández Fernández<sup>a\*</sup>, Iago Justo Alonso<sup>a</sup>,  
Andrea de Cima<sup>b</sup>, Alberto Marcacuzco Quinto<sup>a</sup>  
y Carlos Jiménez Romero<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre. Instituto de Investigación (imas12). Departamento de Cirugía, Facultad de Medicina, Universidad Complutense, Madrid, España  
<sup>b</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España

\* Autor para correspondencia.  
Correo electrónico: [clafernandezf@gmail.com](mailto:clafernandezf@gmail.com)  
(C. Fernández Fernández).

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2022.10.026>  
0009-739X/

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