

## Colecistitis aguda por recidiva de colelitiasis tras colecistectomía subtotal

Antonio M. Satorras<sup>a</sup>, Luz Villanueva<sup>b</sup>, Javier Vázquez<sup>a</sup>, Luis Pigni<sup>a</sup>, Ali M. Salem<sup>a</sup> y Alberto Ramos<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital da Costa. Burela. Lugo.

<sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna. Hospital da Costa. Burela. Lugo. España.

### Resumen

La colecistectomía subtotal es una técnica bien establecida para el tratamiento de la colecistitis aguda complicada, que se considera segura a corto plazo y de la que se describen pocas complicaciones en su seguimiento. Pero la presencia de mucosa vesicular residual puede provocar la recidiva de la colelitiasis, susceptible de manifestarse con la misma clínica y complicaciones que en el paciente no intervenido y que requiere un alto índice de sospecha. En estos casos estaría indicado el tratamiento quirúrgico.

Presentamos el caso de un varón sometido a colecistectomía subtotal por colecistitis complicada en el que los estudios postoperatorios no evidenciaban colelitiasis residual y que 8 años después presenta un cuadro de ictericia obstructiva. Los estudios iniciales (mediante ecografía y tomografía computarizada) no mostraban alteraciones y una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica reveló la presencia de vesícula residual con recidiva de la colelitiasis. Aunque inicialmente se trató de forma conservadora, la evolución a un cuadro de colecistitis aguda obligó al tratamiento mediante colecistectomía del muñón.

**Palabras clave:** Colecistectomía subtotal. Vesícula residual. Colelitiasis recidivante. Síndrome poscolecistectomía.

### ACUTE CHOLECYSTITIS SECONDARY TO RECURRENT CHOLELITHIASIS AFTER SUBTOTAL CHOLECYSTECTOMY

Subtotal cholecystectomy is a well-established procedure for complicated acute cholecystitis. Short-term safety is good and few complications have been described during follow-up. However, residual gallbladder mucosa can produce new calculi, which can provoke the same symptoms and complications as those in non-operated patients and which require a high index of suspicion. Surgical treatment can be indicated.

We report the case of a man who underwent subtotal cholecystectomy for complicated cholecystitis. Postoperative follow-up did not reveal residual cholelithiasis. The patient developed obstructive jaundice 8 years later. Initial studies (computed tomography and ultrasonography) showed no complications. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography revealed residual gallbladder with recurrent cholelithiasis. Conservative management was initiated but gallbladder stump cholecystectomy was required for acute cholecystitis.

**Key words:** Subtotal cholecystectomy. Residual gallbladder. Recurrent cholelithiasis. Postcholecystectomy syndrome.

### Introducción

La colecistectomía subtotal es un procedimiento bien establecido para el tratamiento de colecistitis severas,

pues disminuye el porcentaje de complicaciones secundarias a la cirugía<sup>1-4</sup>. Son raros los casos descritos de recidiva de enfermedad litiasica y la mayoría se debe a una coledocolitiasis residual, aunque se puede presentar recidiva de colelitiasis en el remanente de vesícula que posea mucosa funcionante. En estos casos se podrán presentar las mismas complicaciones que en el paciente sin tratamiento previo. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y el tratamiento debe basarse en la clínica, al ser reintervenciones de riesgo sobre estructuras anatómicas deformadas.

Correspondencia: Dr. A.M. Satorras Fioretti.  
Pardo Bazán, 9, 5.º A. 27880 Burela. Lugo. España.  
Correo electrónico: amsatorras@yahoo.es

Manuscrito recibido el 5-1-2004 y aceptado el 8-7-2004.

## Caso clínico

Varón de 66 años sin antecedentes de interés que presenta un cuadro de colecistitis aguda. Fue intervenido a través de laparotomía subcostal derecha. Se apreció una colecistitis aguda con plastrón pericolecístico y un gran absceso perivesicular con mala definición de los planos anatómicos, por lo que se practicó una colecistectomía subtotal sin abordaje de pedículo cístico. En el postoperatorio presentó una infección de herida quirúrgica y una evisceración que requirió el cierre con puntos totales. La evolución posterior fue satisfactoria. En el seguimiento ecográfico se detectó una colección residual en lecho vesicular. A los 6 meses permanece asintomático y sin alteraciones en parámetros analíticos, aunque en la tomografía computarizada (TC) de control persiste la colección, sin evidencia de material residual en su interior (fig. 1).

Ocho años más tarde presenta un cuadro de ictericia indolora. La exploración abdominal no muestra más alteraciones que laparocèle en la incisión previa. La analítica es la de un patrón de colestasis (bilirrubina total, 7,5 mg/dl; GPT, 263 U/dl; GOT, 155 U/dl; GGT, 370 U/dl; ALP, 258 U/dl). En la ecografía y la TC abdominal se observa una colecistectomía previa sin dilatación de la vía biliar. Ante la sospecha de coledocolitiasis residual se solicita una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), que muestra una vía biliar no dilatada sin evidencia de cálculos en su interior, así como una estructura compatible con un muñón vesicular residual con un cálculo en su interior. Se completó la exploración con una esfinterotomía endoscópica (fig. 2). Los hallazgos fueron confirmados mediante una colangiorresonancia. El paciente permaneció asintomático y fue dado de alta.

Una semana después reingresó por un cuadro de dolor en el hipocondrio derecho con clínica y ecografía compatibles con colecistitis aguda por colelitiasis, por lo que se practicó una colecistectomía a través de la incisión previa. Se realizó la disección dificultosa del muñón, que presentaba signos de inflamación aguda sobre una fibrosis previa, y se procedió a la sección del conducto y la arteria císticos y a una colecistectomía del resto vesicular, que albergaba en su interior un cálculo biliar. Se completó con una plastia con malla supraaponeurótica de polipropileno del laparocèle. La evolución posterior fue satisfactoria y sin otras complicaciones. El estudio anatomopatológico reveló una "vesícula biliar con signos de colecistitis aguda sobre áreas de colecistitis crónica".

## Discusión

La colecistectomía subtotal es una técnica ampliamente aceptada para el tratamiento de la colecistitis complicada por inflamación severa, fibrosis importante, hipertensión portal, síndrome de Mirizzi u otras condiciones que hagan peligrosa la disección en un triángulo de Calot desestructurado<sup>1-4</sup>. Esta técnica se propone tanto para la vía abierta como por laparoscopia<sup>4,5</sup>, y diferentes series la emplean en un 3,3-14% del total de colecistectomías. Se acepta que es una intervención segura que reduce el porcentaje de complicaciones. Tras ella se ha descrito hasta un 35% de colecciones residuales sin significado clínico<sup>6</sup>. El seguimiento a largo plazo de hasta 9 años, según algunas series<sup>1,2,7</sup>, hace de ésta una técnica segura y definitiva. Varias series no refieren la presencia de complicaciones posteriores<sup>1-3</sup>, otras describen complicaciones generales de la colecistectomía<sup>4,5,7</sup> y, finalmente, algunas hacen referencia específica a un síndrome poscolecistectomía por la presencia de cálculos residuales o recidivantes en el muñón cístico largo o en el resto de vesícula<sup>6,8-11</sup>; sin embargo, no se menciona el porcentaje de colecistectomías subtotales que puede llegar a desarrollar dicha complicación que incluso pueden precisar una reintervención.

Es evidente, pues, que la presencia de mucosa residual en el remanente vesicular puede hacer que se for-



Fig. 1. Tomografía computarizada realizada a los 6 meses de la colecistectomía, con el paciente asintomático, en la que se aprecia una imagen que se interpreta como colección residual posquirúrgica. No hay signos de colelitiasis residual.



Fig. 2. Imagen de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica obtenida a los 8 años de la colecistectomía, cuando el paciente acude por ictericia. Se aprecia una vía biliar de calibre normal, sin defectos de repleción en su interior, así como la presencia de un muñón residual de vesícula, ocupada por colelitiasis de nueva aparición.

me nuevamente litiasis en su interior, la cual puede provocar las mismas complicaciones que en el paciente no tratado previamente, tal y como describimos. En nuestro caso, 2 episodios diferentes de complicación de la colelitiasis, la ictericia transitoria y la posterior colecistitis del muñón, se han presentado a los 8 años de la intervención original, con la particularidad de que en el seguimiento inicial no se habían detectado cálculos en el área. La presencia de una colección residual que tardó en desaparecer podía hacer sospechar la presencia de un muñón grande, si bien la ausencia de clínica propició un tratamiento conservador que a la larga se descubrió insuficiente. Las pruebas de imagen practicadas inicialmente (ecografía y TC) no pusieron de manifiesto el cuadro y se necesitó el diagnóstico por procesos invasivos, como la CPRE.

La presencia de vesícula residual es un cuadro que requiere un alto índice de sospecha, sobre todo cuando se conoce la colecistectomía subtotal o dificultosa previa. No se indica su tratamiento más que en los casos en los que se presenta con nueva clínica, dado que el abordaje requiere entrar de nuevo en un territorio fibroso y con alteraciones anatómicas que hacen de éste un procedimiento de riesgo, aunque en caso de necesidad se ha realizado por vía abierta y laparoscópica<sup>11</sup>.

## Bibliografía

- Bornman PC, Terblanche J. Subtotal cholecystectomy: for the difficult gallbladder in portal hypertension and cholecystitis. *Surgery*. 1985;98:1-6.
- Chowbey PK, Sharma A, Khullar R, Mann V, Bajjal M, Vashistha A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: a review of 56 procedures. *Laparoendosc Adv Surg Tech A*. 2000;10:31-4.
- Cottier DJ, McKay C, Anderson JR. Subtotal cholecystectomy. *Br J Surg*. 1991;78:1326-8.
- Michalowski K, Bornman PC, Krige JE, Gallagher PJ, Terblanche J. Laparoscopic subtotal cholecystectomy in patients with complicated acute cholecystitis or fibrosis. *Br J Surg*. 1999;86:715-6.
- Ransom KJ. Laparoscopic management of acute cholecystitis with subtotal cholecystectomy. *Am Surg*. 1998;65:955-7.
- Beldi G, Gattli A. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for severe cholecystitis. *Surg Endosc*. 2003;17:1437-9.
- Katsohis C, Prousalidis J, Tzardinoglou E, Michalopoulos A, Faland E, Aportolidis S, et al. Subtotal cholecystectomy. *HBP Surg*. 1996;9:133-6.
- Rogy MA, Fugger R, Herbst F, Schulz F. Reoperation after cholecystectomy. The role of the cystic duct stump. *HBP Surg*. 1991;4:129-34.
- Mergener K, Clavien PA, Branco MS, Baillie J. A stone in the grossly dilated cystic Duct stump: a rare cause of postcholecystectomy pain. *Am J Gastroenterol*. 1999;94:229-31.
- Walsh RM, Ponsky JL, Dumot J. Retained gallbladder/cystic duct remnant calculi as a cause of postcholecystectomy pain. *Surg Endosc*. 2002;16:981-4.
- Chowbey PK, Bandyopadhyay SK, Sharma A, Khullar R, Bajjal M. Laparoscopic reintervention for residual gallstone disease. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003;13:31-5.