

Síndrome post-colecistectomía: hallazgos radiológicos .

Tipo: Presentación Electrónica Educativa

Autores: **Gonzalo Lecumberri Cortes**, María Isusi Fontán, María Victoria Barcena Robredo, Ane Miren Ibañez Zubiarrain, Jaime Cardenal Urdampilleta, Eider Alcalde Odriozola

Objetivos Docentes

El **síndrome post-colecistectomía (SPC)** se define como la recurrencia de los síntomas previos a la colecistectomía. La colecistectomía tanto laparoscópica como abierta es un procedimiento muy **frecuente** en nuestro medio por lo que también es frecuente la aparición de sintomatología tras la intervención.

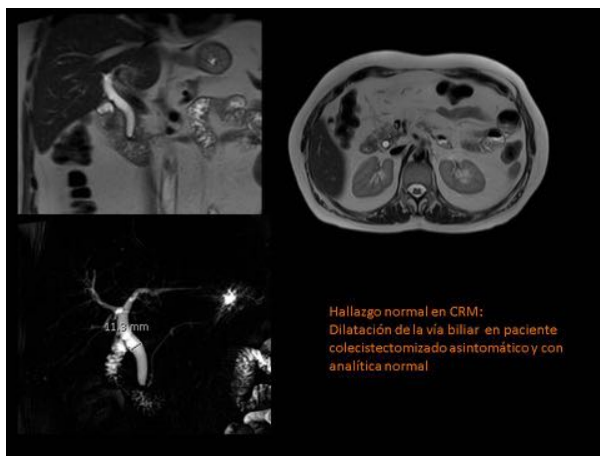
El **objetivo** de esta presentación es revisar las causas más frecuentes del SPC para un correcto diagnóstico y manejo terapéutico.

Revisión del tema

La aparición de sintomatología tras la colecistectomía es frecuente, diferentes estudios apuntan hasta un 40 % de los pacientes intervenidos, apareciendo los síntomas en un rango de 2 días a 25 años.

Es necesario conocer los **hallazgos normales tras una colecistectomía** para no confundirlos con patología :

- Pequeña cantidad de líquido en el lecho de colecistectomía y en pelvis.
- Agentes hemostáticos en el lecho quirúrgico (Surgicel) que pueden simular abscesos, fugas...
- Leve dilatación de la vía biliar .En ausencia de clínica y/o alteración de las enzimas hepáticas un colédoco de hasta 7-8 mm se puede considerar normal en pacientes colecistectomizados.



Hallazgo normal en CRM:
Dilatación de la vía biliar en paciente
colecistectomizado asintomático y con
analítica normal



Seroma en el lecho de colecistectomía
y en el tejido celular subcutáneo que se
resolvieron con tratamiento conservador.

Colecistitis aguda, con colecistectomía
abierta laboriosa. Débito alto por el drenaje.
Área hipodensa con burbujas en el lecho
que corresponde a material hemostático
simulando un absceso.

Las causas más frecuentes son de origen extrabiliar :

- esofagitis por reflujo
- úlcera péptica
- colon irritable
- pancreatitis crónica
- psicossomático
- En un 5% de los casos no se encuentra una causa que justifique la sintomatología.

Las causas de origen biliar son :

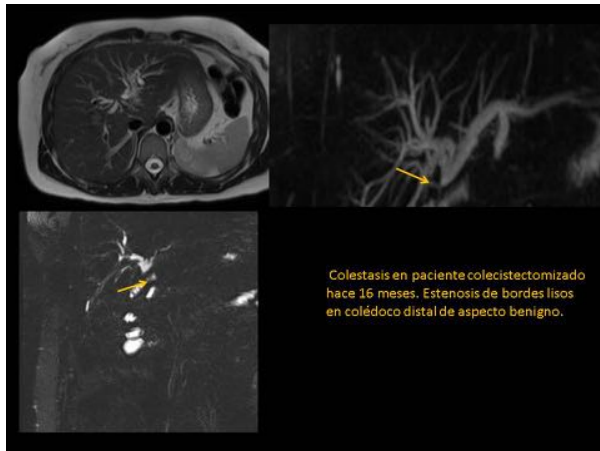
- Estenosis vía biliar.
- Fuga biliar.
- Coledocolitiasis.
- Síndrome del muñón cístico largo.
- Cálculos caídos.
- Biloma/absceso.
- Estenosis/discinesia esfínter de Oddi.

ESTENOSIS VIA BILIAR

- Es la complicación tardía más frecuente (0,6 % de los casos).
- La localización más común es en el colédoco , y se produce al lesionar la vía biliar al ligar el conducto cístico.
- La técnica de elección para su diagnóstico es la colangio-resonancia : tiende a sobreestimar la estenosis

por colapso distal al punto de lesión.

-Se utiliza la clasificación de Bismuth para valorar la extensión de cara al tratamiento.



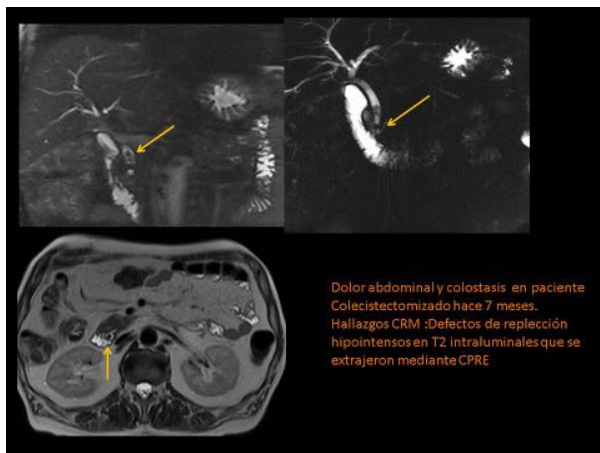
COLEDOCOLITIASIS

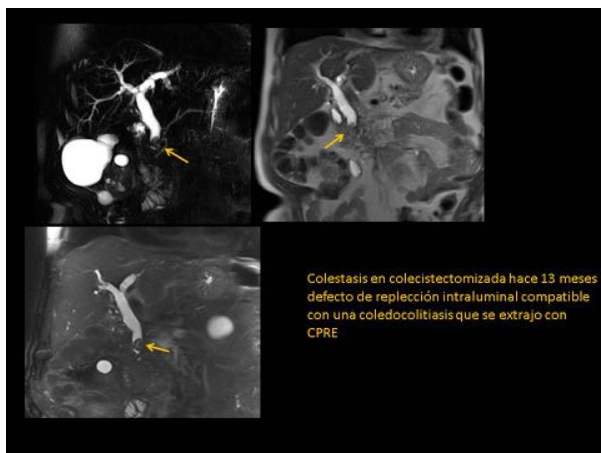
- Es la causa más frecuente del SPC.

- Se distingue entre cálculo retenido y recurrente si se forman antes o después de 2 años tras la colecistectomía.

- La CRM es la técnica de elección con una sensibilidad del 95-100% y una especificidad del 88-89%.

-Cálculos de pequeño tamaño impactados en la pared del colédoco pueden ser indetectables.

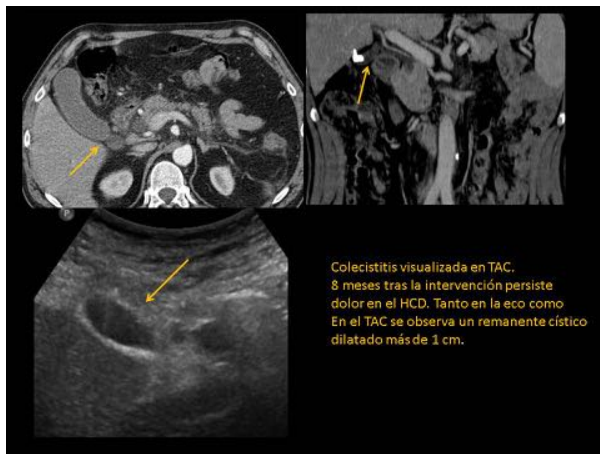




SINDROME DEL MUÑÓN CÍSTICO

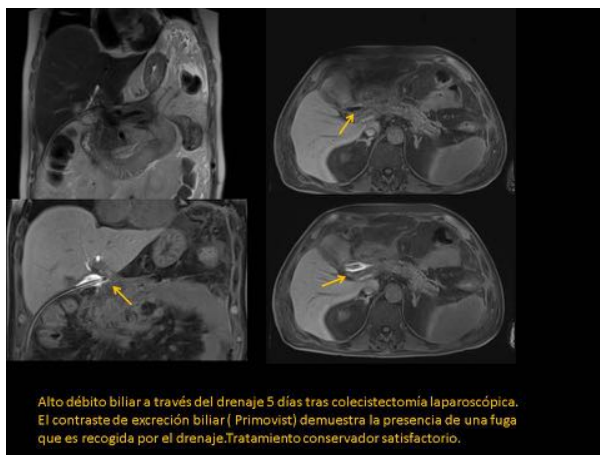
- Es la aparición del SPC en pacientes con un conducto cístico residual mayor de 1 cm sin y/o con litiasis en su interior.
- El tiempo de aparición es variable: de días a años.
- La incidencia e formación de litiasis en un cístico largo es del 2,5 % , y no se ha demostrado diferencia entre cirugía abierta y laparoscópica.
- Clínica típica de cólico biliar e incluso colestasis.
- Tratamiento : quirúrgico con resección del remanente.

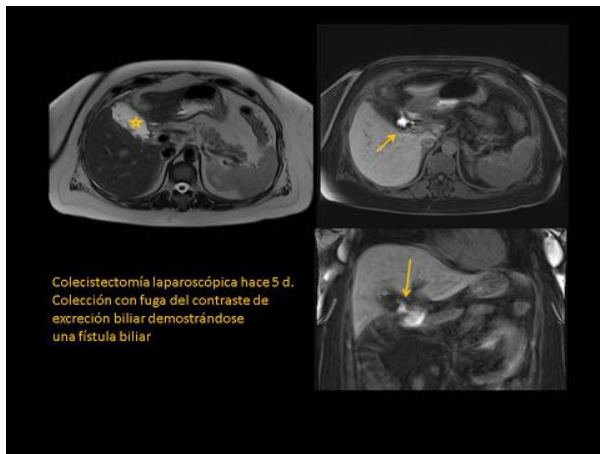




FUGA VIA BILIAR

- La lesión de la vía biliar es la complicación más temida al realizar una colecistectomía .
- Tiene una incidencia del 0,4-4 %.
- Es dos veces más frecuente en cirugía laparoscópica que en abierta.
- Es una complicación temprana que se presenta días después de la intervención.
- Presentación clínica : dolor abdominal,sepsis,ictericia.
- El diagnóstico se sospecha cuando existe un alto débito por el drenaje biliar , líquido libre en el lecho de colecistectomía , pudiendo demostrarse la fuga biliar con contrastes de excreción biliar(Gadodexato disodico)

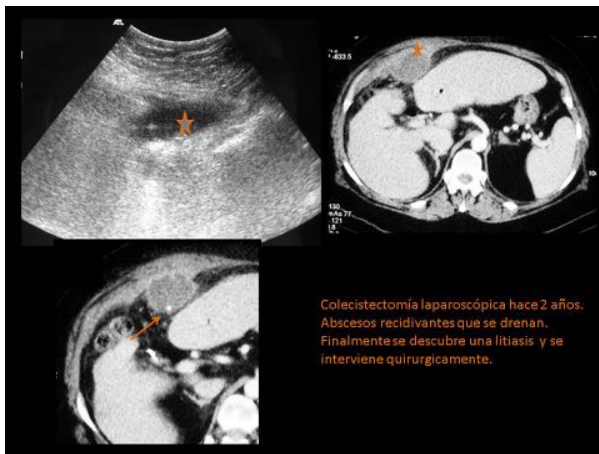




CALCULOS CAIDOS " DROPPED GALLSTONES"

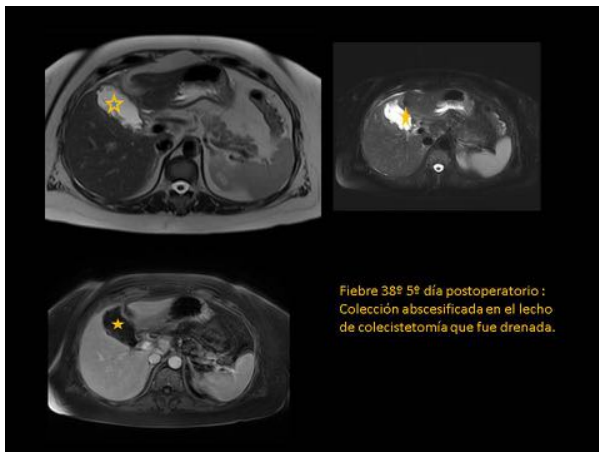
- Es una complicación tardía pudiendo aparecer años después de la colecistectomía , con una incidencia del 0,1-20%.
- Es mucho más frecuente tras cirugía laparoscópica.
- Es un cuadro de presentación insidiosa , generalmente como cambios inflamatorios y/o abscesos recurrentes.
- La localización típica es a nivel subhepático derecho y subdiafragmático derecho . Aunque los cálculos pueden localizarse también en la pared abdominal .
- Si el cálculo no está calcificado es de difícil visualización en el TAC siendo superior los US y fundamentalmente la RM.
- El tratamiento es quirúrgico con extracción del cálculo caído.





BILOMA CRONICO-ABSCESO

- La formación de colecciones en el lecho de colecistectomía se produce hasta en un 14% de las intervenciones, pero generalmente se resuelven espontáneamente.
- Si persisten después de 14 días hay que sospechar un biloma crónico o un absceso estando indicado el drenaje.



DISFUNCIÓN ESFINTER DE ODDI

- Entidad controvertida y de difícil diagnóstico.
- Diagnóstico definitivo con manometría.
- Tratamiento : esfinterotomía.

Imágenes en esta sección:

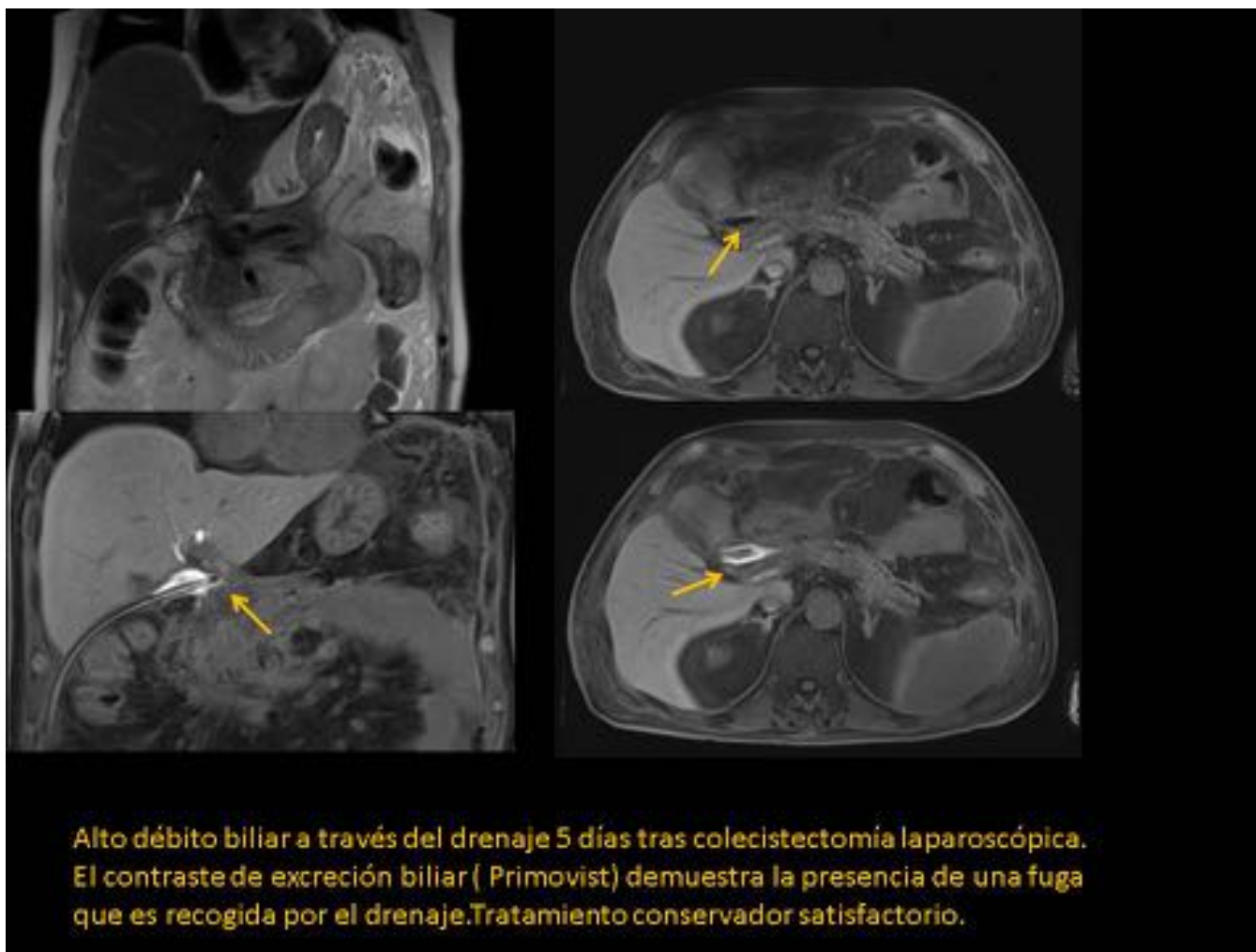


Fig. 1: 1

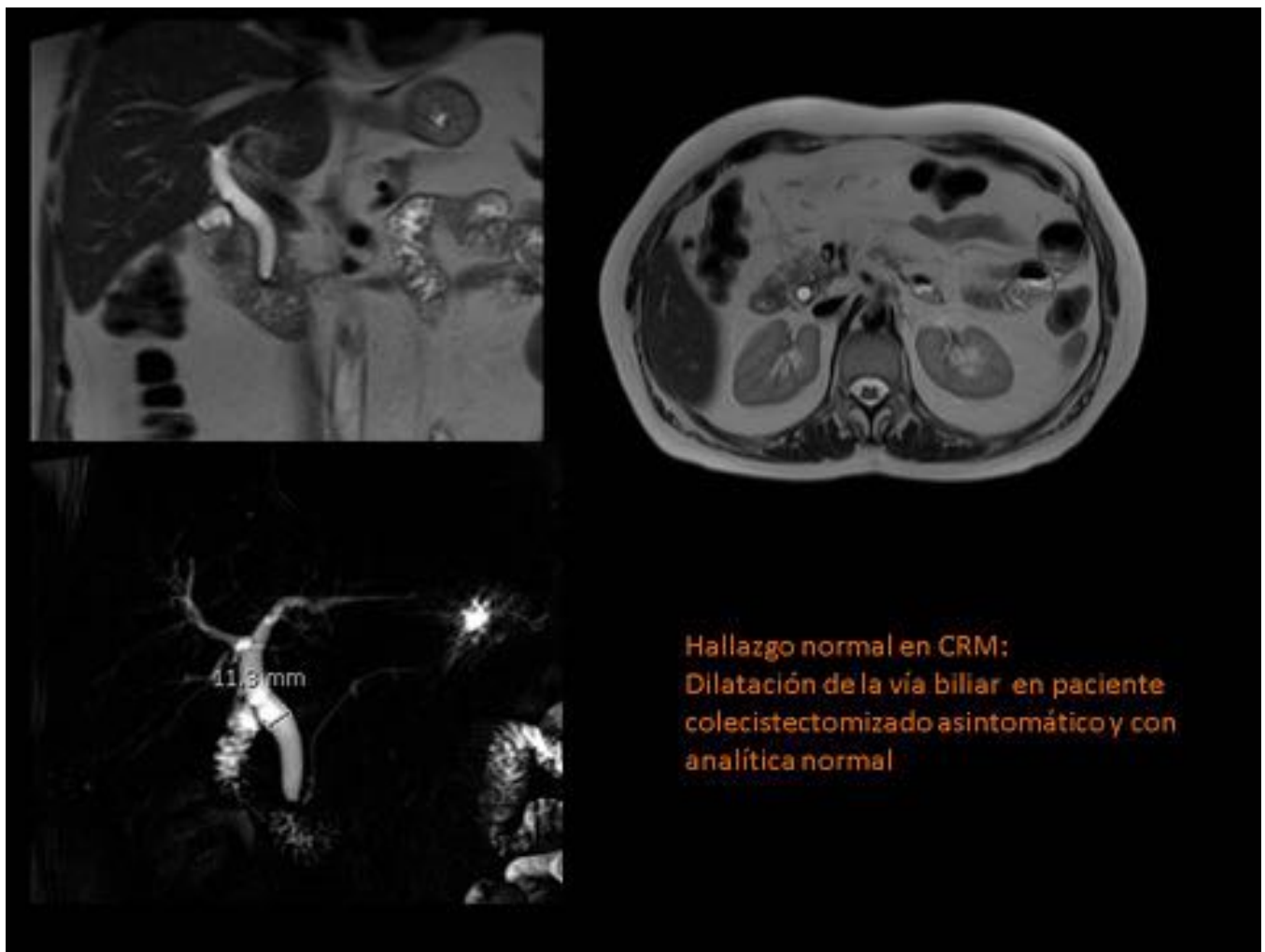


Fig. 2: 2

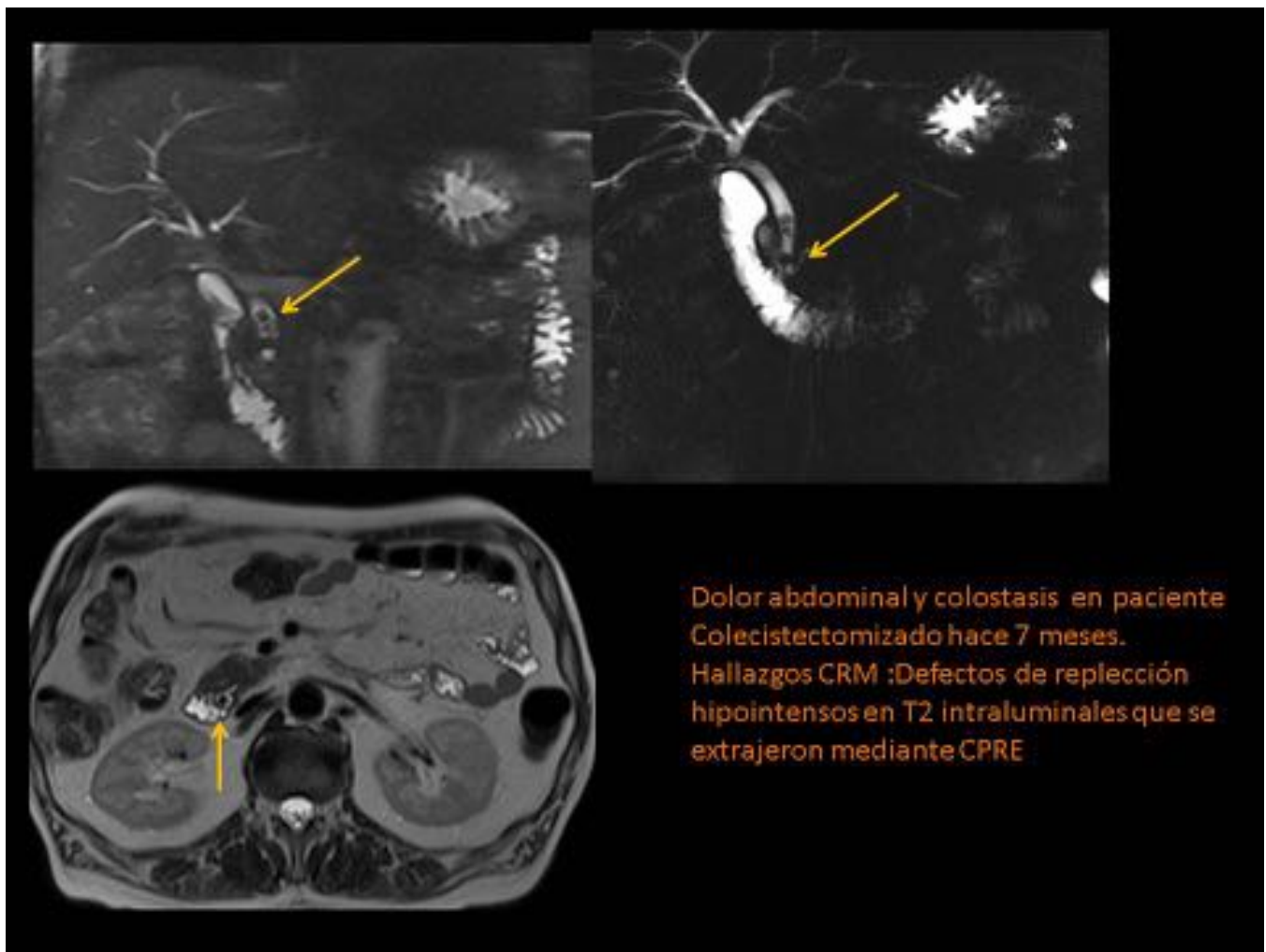


Fig. 3: 3

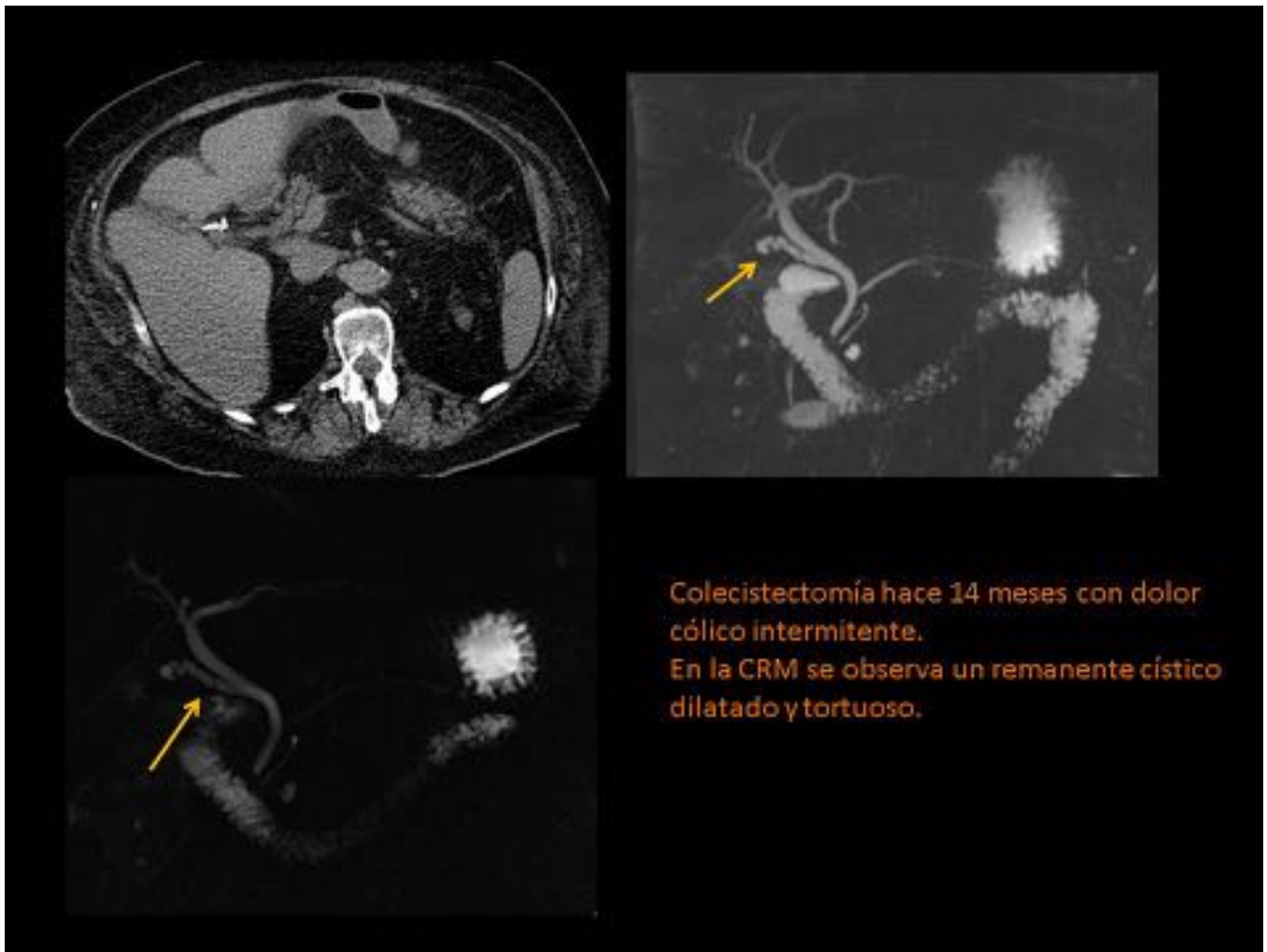


Fig. 4: 4

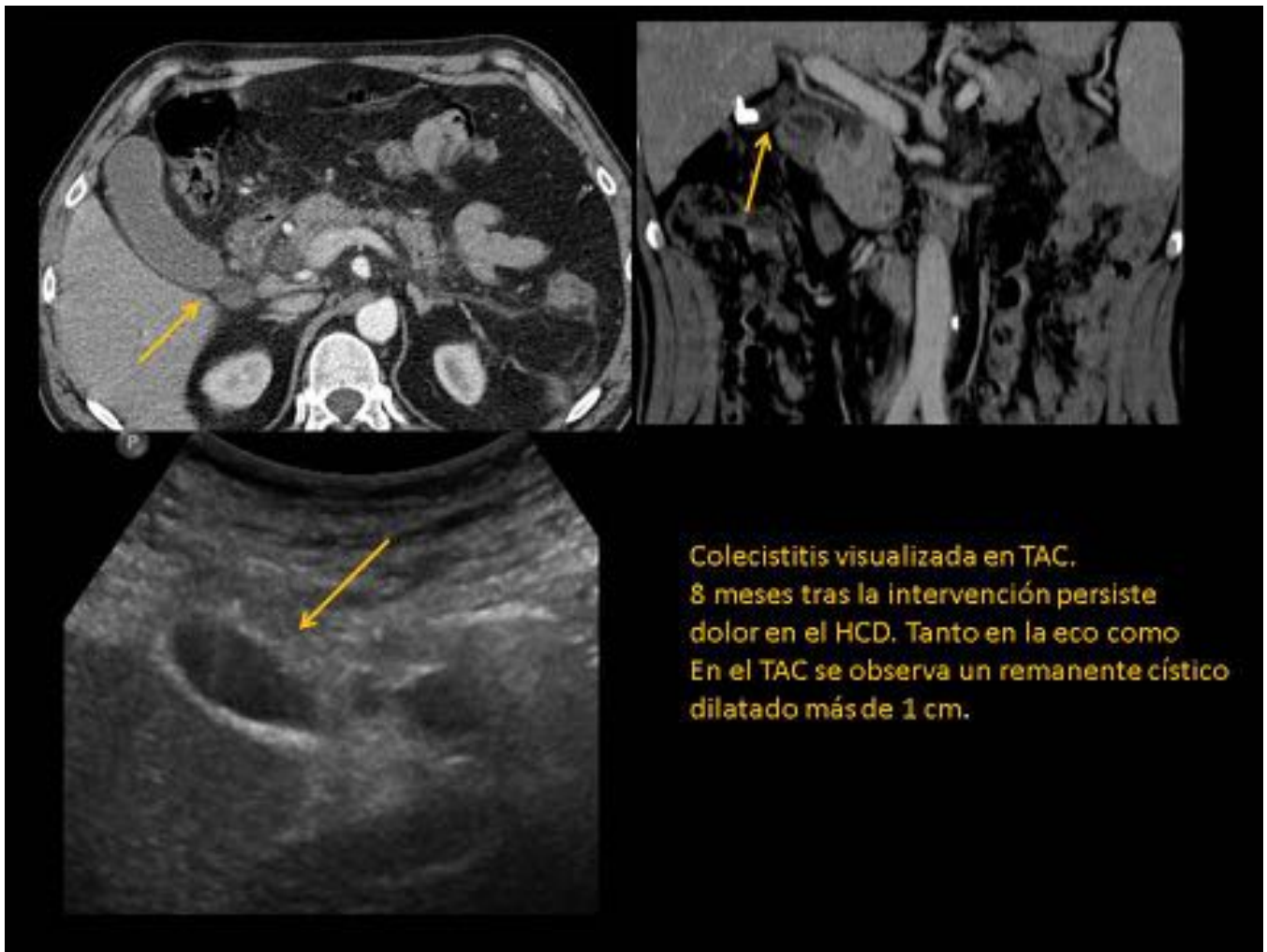


Fig. 5: 5

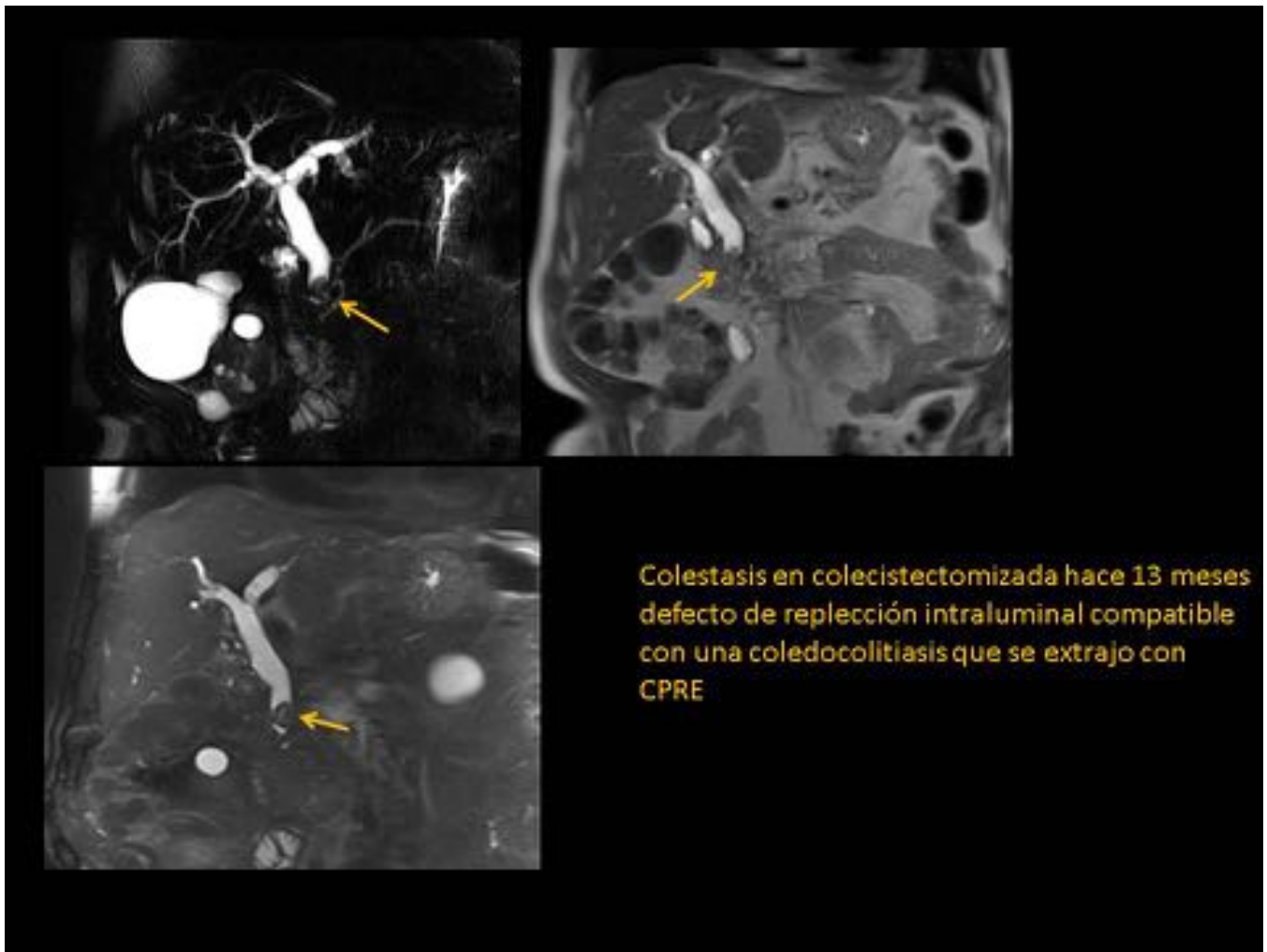


Fig. 6: 6

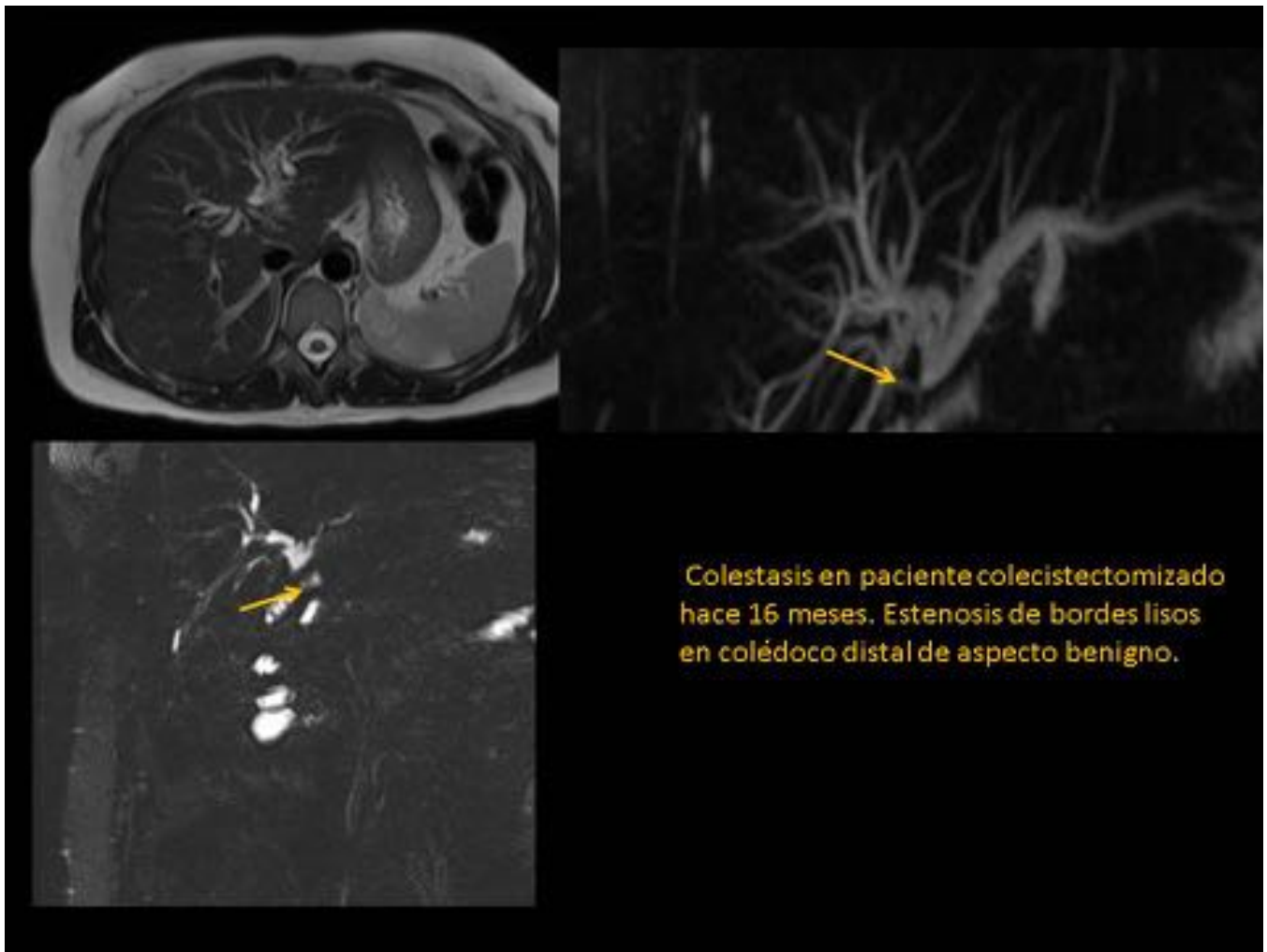


Fig. 7: 7

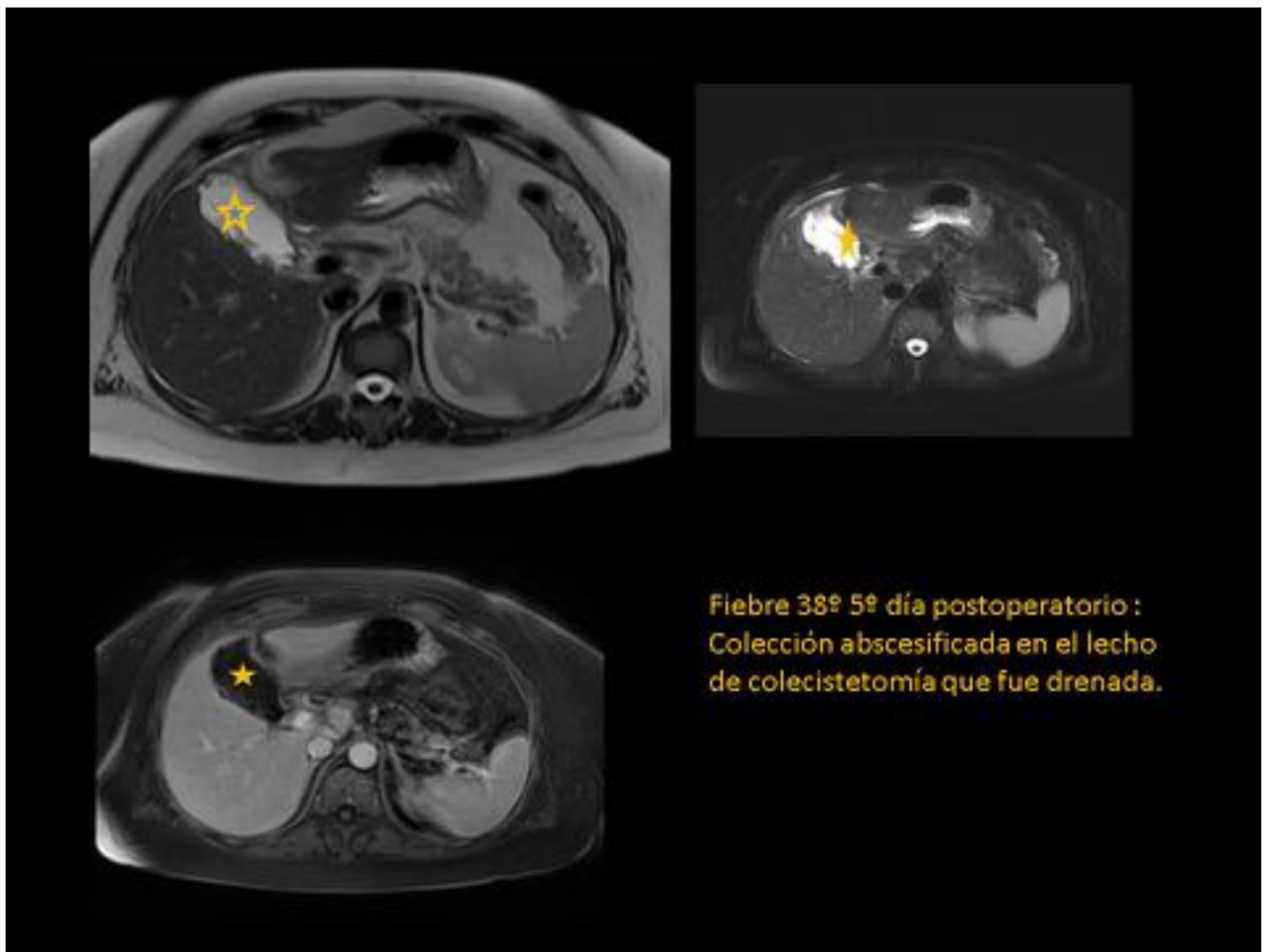


Fig. 8: 8

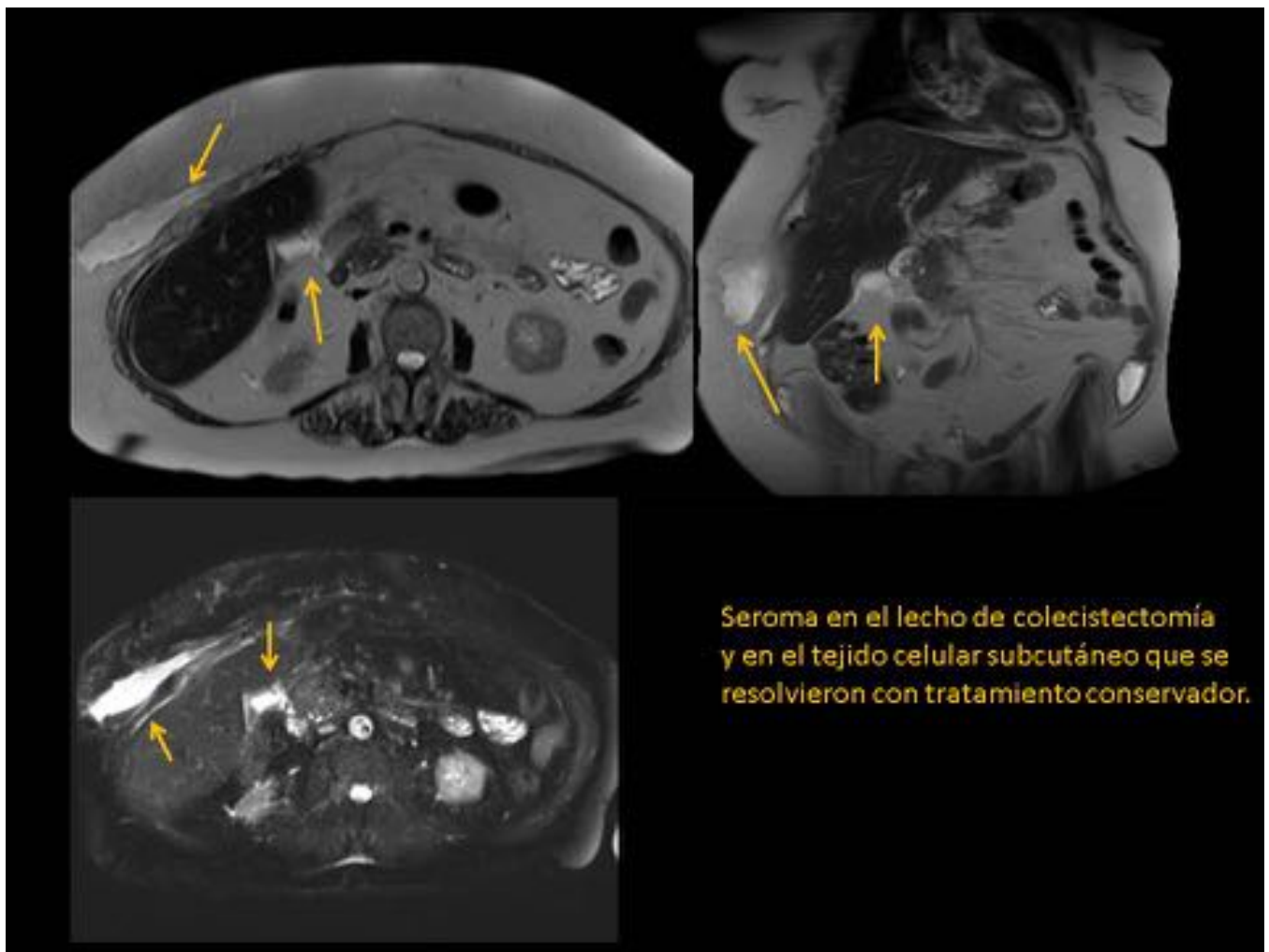


Fig. 9: 9

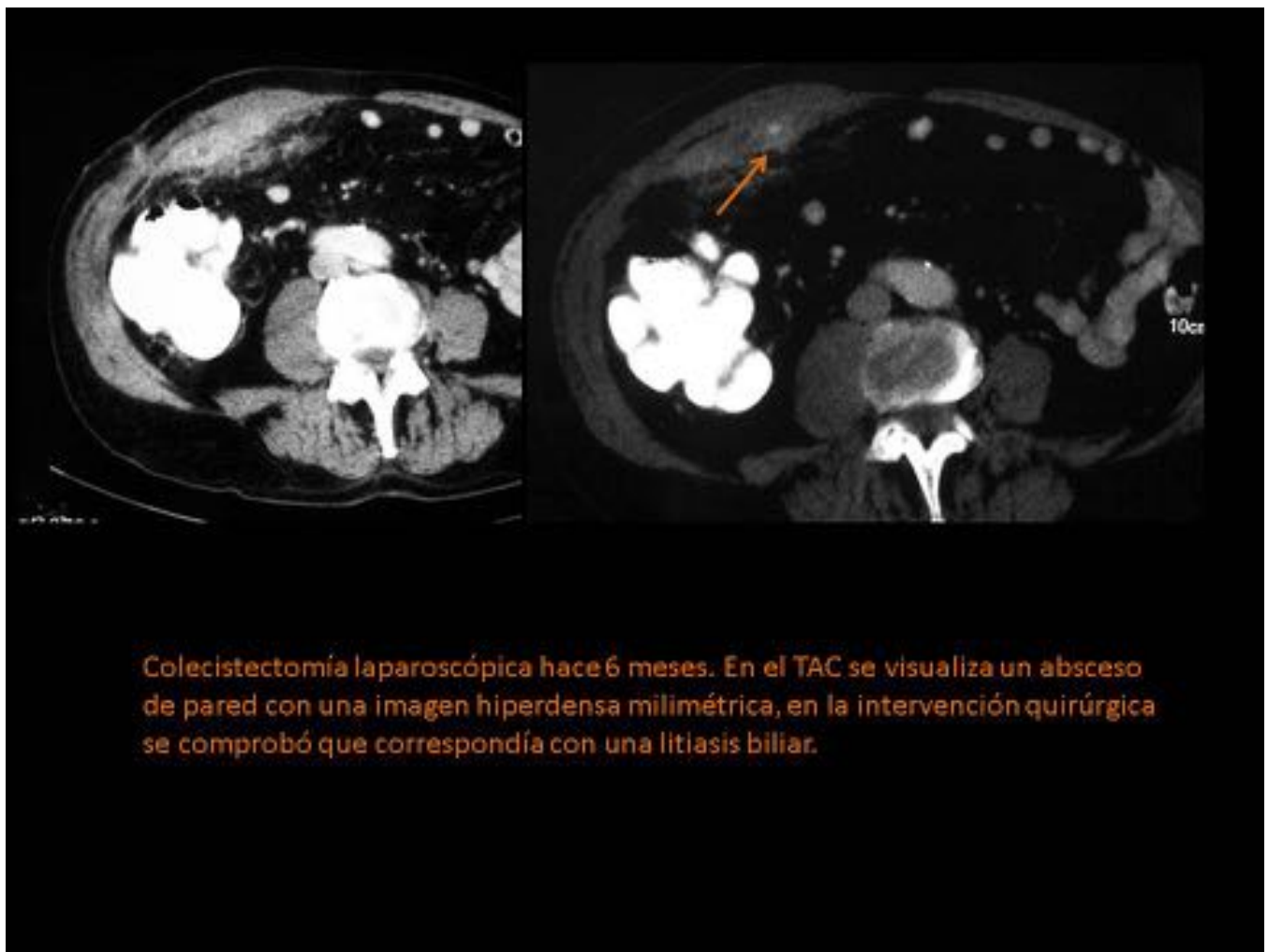


Fig. 10: 10

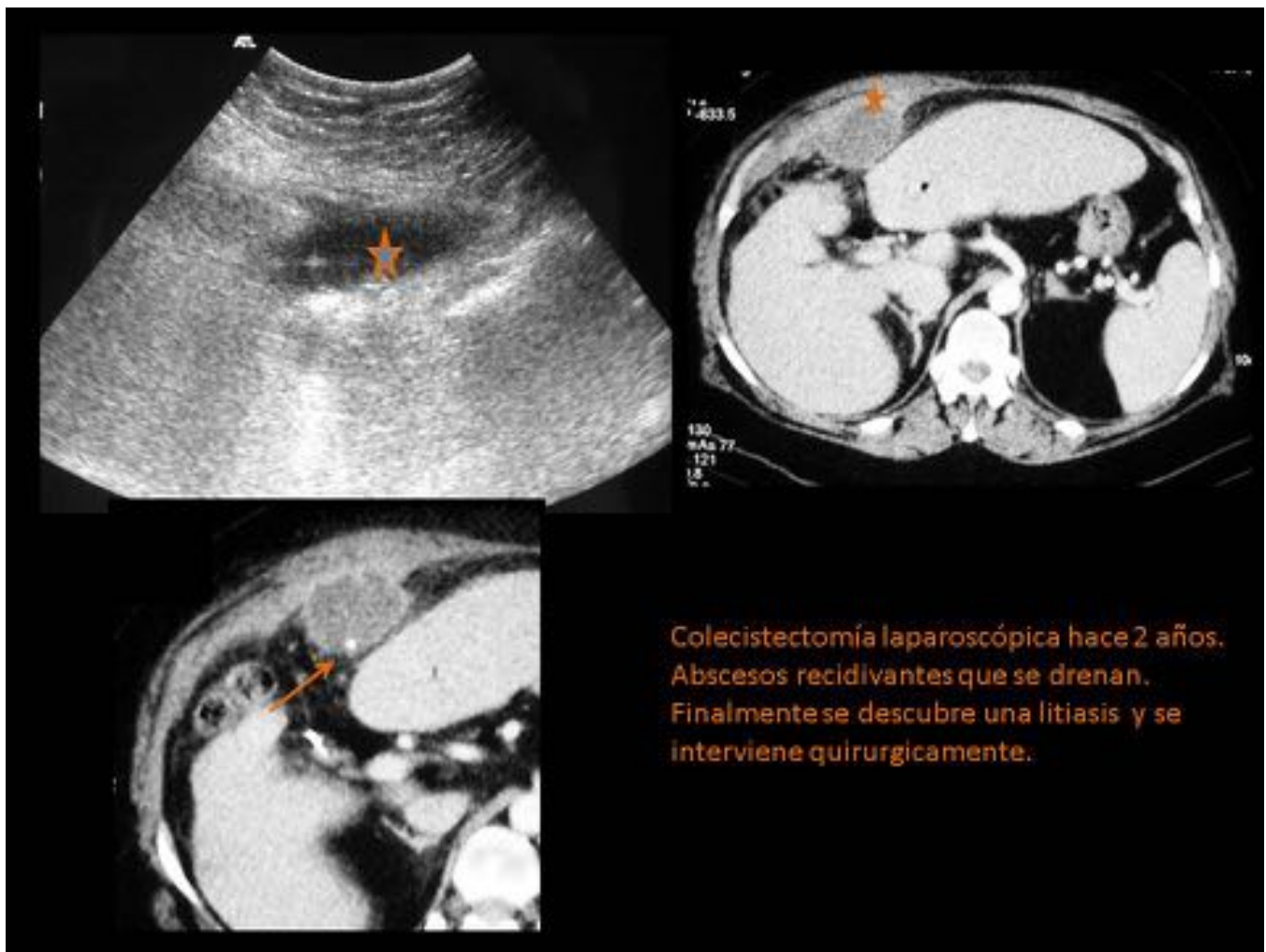


Fig. 11: 11

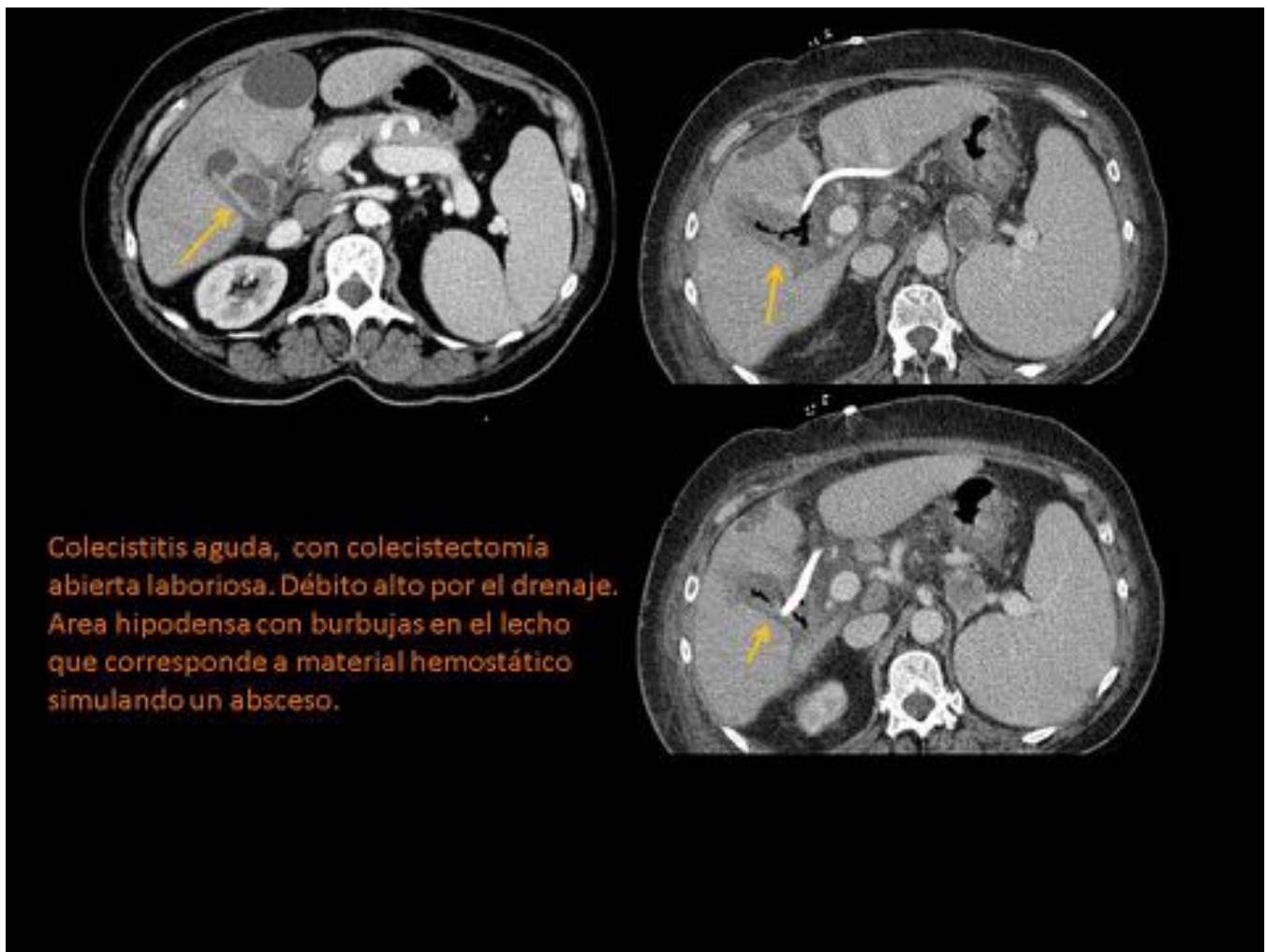


Fig. 12: 12

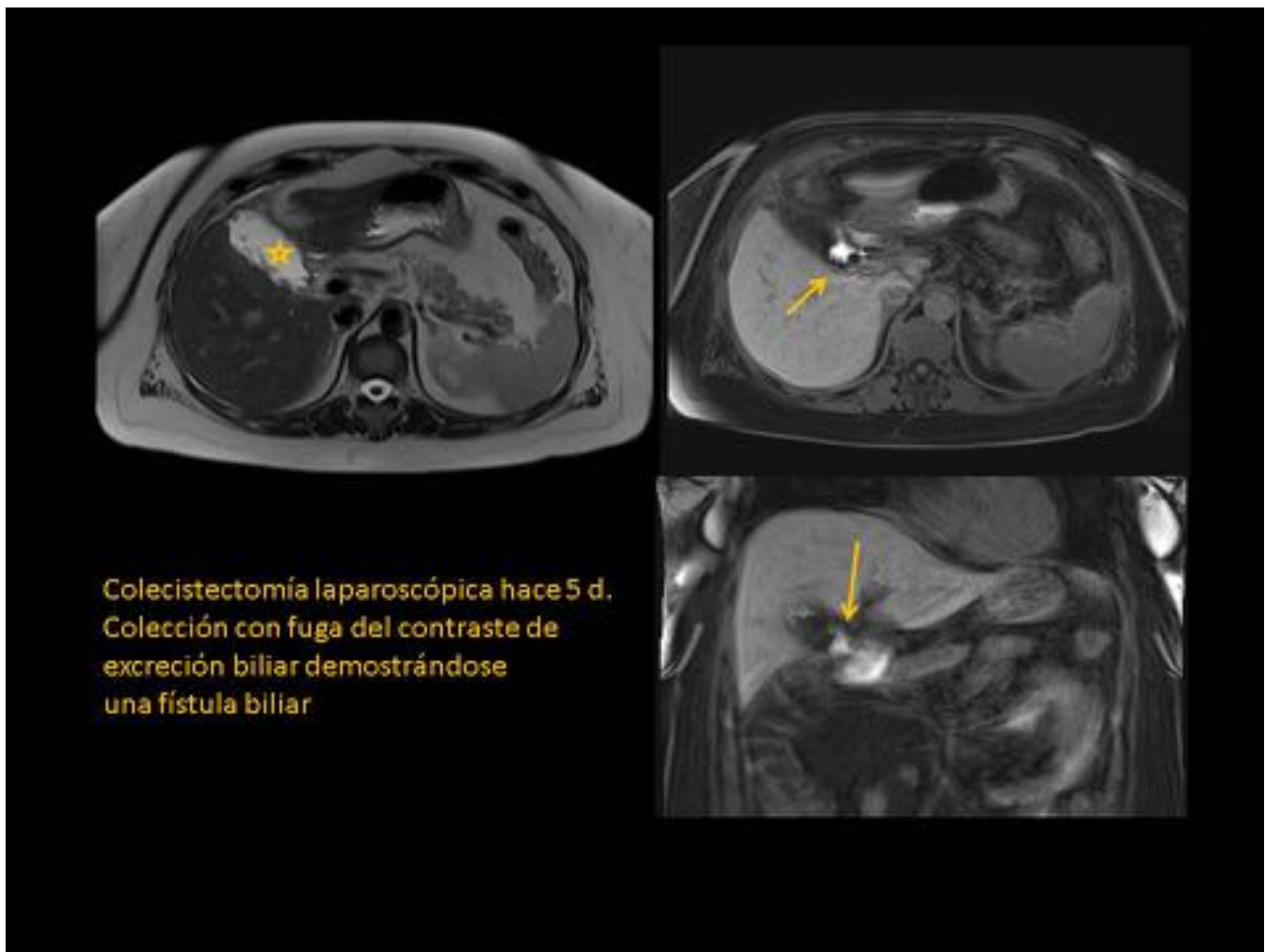


Fig. 13: 13

Conclusiones

El SPC tiene una alta incidencia , las causas más frecuentes son de origen extrabiliar y sin traducción radiológica.

Es importante conocer los **hallazgos radiológicos** de las patologías de origen biliar causantes del SPC para un correcto diagnóstico y manejo de estos pacientes.

Bibliografía / Referencias

- 1.- S.S.Jaunoo,S.Mohandas,L.M.Almond.Postcholecystectomy syndrome.International journal of surgery,2010 15-17.
- 2.- Klaus Mergener,M.D,Pierre-Alain Clavien,M.D. A stone in a grossly dilated cystic stump: a rare cause of postcholecystectomy pain. The american journal of gastroenterology Vol 94.No 1999.

- 3.-Turner MA, Fulcher AS. The cystic duct normal anatomy and disease processes. *Radiographics*. 2001;21:3–22.
- 4.-Ward J, Sheridan MB, Guthrie JA, Davies MH, Millson CE, Lodge JPA, et al. Bile duct strictures after hepatobiliary surgery: assessment with MR cholangiography. *Radiology* 2004;231:101–8
- 5.-Van Hoe L, Mermuys K, Vanhoenacker P. MRCP pitfalls. *Abdom Imaging* 2004;29:360–87
- 6.- Khalid TR, Casillas VJ, Montalvo BM, Centeno R, Levi JU. Using MR cholangiopancreatography to evaluate iatrogenic bile duct injury. *AJR Am J Roentgenol* 2001;177:1347–52