

Colecistitis del remanente vesicular, una entidad en incremento: reporte de un caso

Remnant gallbladder cholecystitis, an increasingly
common entity: Case report

Guillermo Álvarez-Sánchez^{1a}, Diana D. del Valle^{2b}, Hernán Gustavo Maydón-González^{3c}, Francisco Pérez-Aguilar^{4d}

Resumen

Introducción: la colecistectomía subtotal fue descrita en 1985 como una alternativa a la colecistectomía total en casos de colecistectomía difícil. Fue clasificada como subtotal reconstituida y fenestrada. A pesar de ser una alternativa viable, se reporta hasta un 10.6% de fuga biliar y 2.2% de los pacientes presentan colecistitis del remanente vesicular. El objetivo de este reporte de caso es incluir la colecistitis del remanente vesicular como diagnóstico diferencial en pacientes con antecedente de colecistectomía subtotal y dolor abdominal.

Caso clínico: hombre de 72 años con antecedente de colecistectomía subtotal abierta. Seis años antes de su ingreso, acudió a un servicio de urgencias por dolor en hipocondrio derecho y vómito. Contaba con antecedente de pancreatitis biliar y coledocolitiasis posterior a colecistectomía subtotal resueltas por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). Se decidió ingresar al paciente y se integró diagnóstico de colecistitis del remanente de la vesícula biliar. Se realizó colecistectomía laparoscópica del remanente con posterior resolución clínica.

Conclusiones: a pesar de que la colecistectomía subtotal puede ser la única opción en casos de colecistectomía difícil, esta puede resultar en complicaciones futuras. La posibilidad de reintervenciones quirúrgicas más complejas debe ser considerada. Con nuestro reporte de caso podemos inferir que la colecistectomía total en casos de colecistitis debe realizarse siempre que sea posible para evitar potenciales complicaciones causadas por la colecistectomía subtotal.

Abstract

Background: Subtotal cholecystectomy was described in 1985 as an alternative to total cholecystectomy in cases of difficult cholecystectomy. It was classified as reconstituted and fenestrated subtotal. In spite of being a viable alternative, up to 10.6% of biliary leakage is reported and 2.2% of patients present with cholecystitis of the gallbladder remnant. The objective of this report is to describe and emphasize the importance of an adequate diagnosis of complications in patients with a history of subtotal cholecystectomy.

Clinical case: 72-year-old male with a history of open subtotal cholecystectomy 6 years prior to his admission to the emergency department due to right hypochondrium pain and vomiting. He had a history of biliary pancreatitis and choledocholithiasis after subtotal cholecystectomy resolved by endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). It was decided to admit the patient and a diagnosis of cholecystitis of the gallbladder remnant was made. Laparoscopic cholecystectomy of the remnant was performed with subsequent clinical resolution.

Conclusions: Although subtotal cholecystectomy may be the only option in cases of difficult cholecystectomy, it may result in future complications. The possibility of more complex surgical reinterventions should be considered. Our case report demonstrates that total cholecystectomy in cases of cholecystitis should be performed whenever possible to avoid potential complications caused by subtotal cholecystectomy.

¹Centro Hospitalario Nuevo Sanatorio Durango, Servicio de Cirugía General. Ciudad de México, México

²Beth Israel Deaconess Medical Center, Surgery Division. Boston, Massachusetts, United States of America

³Hospital Ángeles Acoxpa, Servicio de Cirugía General. Ciudad de México, México

⁴Instituto Mexicano del Seguro Social, Centro Médico Nacional La Raza, Hospital General "Dr. Gaudencio González Garza", Servicio de Cirugía General. Ciudad de México, México

ORCID: [0000-0002-5047-6045^a](https://orcid.org/0000-0002-5047-6045), [0000-0002-6839-3512^b](https://orcid.org/0000-0002-6839-3512), [0000-0002-4232-5781^c](https://orcid.org/0000-0002-4232-5781), [0000-0002-8943-0634^d](https://orcid.org/0000-0002-8943-0634)

Palabras clave
Colecistectomía
Colecistectomía Parcial
Remanente Vesicular
Colecistitis

Keywords
Cholecystectomy
Partial Cholecystectomy
Gallbladder Remnant
Cholecystitis

Fecha de recibido: 30/09/2021

Fecha de aceptado: 10/11/2021

Comunicación con:

Guillermo Álvarez Sánchez

✉ guillermo.as91@hotmail.com

☎ 55 3500 2991

Cómo citar este artículo: Álvarez-Sánchez G, del Valle DD, Maydón-González HG, Pérez-Aguilar F. Colecistitis del remanente vesicular, una entidad en incremento: reporte de un caso. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2022;60(3):350-5.

Introducción

La colecistectomía es uno de los procedimientos más realizados en la práctica actual del cirujano general.^{1,2} Debido al gran número de procedimientos y posibles complicaciones, se ha descrito una serie de pasos para obtener la visión crítica de seguridad y así poder identificar las estructuras con el fin de evitar complicaciones.^{3,4} Como antecedente histórico de importancia, la primera colecistectomía laparoscópica realizada en humanos para el tratamiento de cálculos biliares fue llevada a cabo por el doctor Philippe Mouret en Lyon, Francia en 1987.⁵

En México, la primera colecistectomía laparoscópica fue realizada por el doctor Leopoldo Gutiérrez en 1990.⁶ En nuestro país, la prevalencia de colelitiasis es de 20% en hombres y de 40 a 50% en mujeres.⁷ Además, la colelitiasis ocasiona el desarrollo de colecistitis, de la cual un 25 a 30% de quienes la padecen requiere cirugía o presenta alguna complicación.⁷ Aunque la colecistectomía laparoscópica es el procedimiento quirúrgico de elección para el tratamiento de colecistitis aguda, se ha descrito que hasta el 3% de los pacientes puede presentar síndrome de Mirizzi y requerir conversión a una cirugía abierta, con lo que aumenta el riesgo de lesión de vía biliar hasta en un 22.2%.⁸ Por ende, la colecistectomía total no es una opción viable en todos los casos.

A pesar de los lineamientos establecidos, existen casos con un importante grado de severidad e inflamación llamados *colecistectomías difíciles*. La inflamación resulta en distorsión de la anatomía y dificultad para realizar una adecuada disección. A su vez, se ha determinado que pacientes cirróticos presentan un mayor riesgo de sangrado si se comparan con los pacientes sin patología hepática. Es importante considerar los antecedentes quirúrgicos y el grado de obesidad, puesto que complican el acceso y la exposición adecuada al momento de llevar a cabo una colecistectomía.² De acuerdo con el grado de dificultad para la colecistectomía laparoscópica se han descrito distintas clasificaciones, como la de Nassar o Parkland (cuadros I y II).⁹

En los casos en los que no se logra obtener una visión crítica de seguridad, se sugiere llevar a cabo una colecistectomía subtotal para evitar complicaciones posquirúrgicas, especialmente la lesión de vía biliar. Este procedimiento es una técnica segura y efectiva en casos difíciles, y aunque no sustituye la colecistectomía total, alcanza tasas de morbilidad similares a la extirpación completa de la vesícula biliar.^{10,11} Sin embargo, como todo procedimiento quirúrgico, no se encuentra exenta de complicaciones y potencial necesidad de reintervención.¹² El objetivo de esta publicación es reportar el caso de un paciente con colecistitis del remanente vesicular, ya que al ser una entidad poco frecuente la consideramos de interés para identificar

Cuadro I Clasificación de Nassar

Grado	Vesícula biliar	Conducto cístico	Adherencias
I	Paredes blandas sin ninguna adherencia	Fino	Sin adherencias
II	Mucocele biliar Cálculos impactados	Cubierto por grasa	En el cuerpo de la vesícula biliar
III	Colecistitis aguda La bolsa de Hartmann fibrosa se adhiere al tracto biliar o tiene cálculos biliares	Con irregularidades anatómicas Corto Dilatado Conducto cístico escondido	Firmes, que implica la flexión hepática o el duodeno
IV	Completamente oculta Empiema/gangrena Tumor	Imposible reconocer	Densa, fibrosa, cubre completamente la vesícula biliar

Cuadro II Clasificación de Parkland

Grado de severidad	Descripción de severidad
1	Apariencia normal Sin adherencias
2	Adherencias pequeñas en el cuello de la vesícula o por debajo
3	Cualquiera de las siguientes: hiperemia, líquido libre perivesicular, adherencias en el cuerpo, vesícula distendida
4	Cualquiera de las siguientes: Adherencias que ocupen la mayor parte de la vesícula Grado 1-3 con anatomía hepática anormal, vesícula intrahepática, o lito impactado (síndrome de Mirizzi)
5	Perforación, necrosis, imposibilidad de visualizar la vesícula debido a las adherencias

las potenciales complicaciones en pacientes y como parte de los diagnósticos diferenciales en un paciente con dolor abdominal y antecedente de colecistectomía subtotal.

Caso clínico

Se trata de un paciente hombre de 72 años quien acudió a un servicio de urgencias por presentar dolor abdominal tipo cólico, con 7/10 de intensidad, localizado en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, acompañado de vómito. Negó tener escalofríos, acolia, coluria o fiebre. Refirió antecedente de colecistectomía subtotal abierta seis años antes de su ingreso y desconocía los hallazgos. Presentó pancreatitis biliar y coledocolitiasis hace cinco años, resueltas por colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) aparentemente sin complicaciones.

A la exploración física a su llegada a urgencias se observó cicatriz subcostal correspondiente con incisión tipo Kocher y dolor a la palpación en el cuadrante superior derecho. Se le hicieron estudios de laboratorio y se reportó sin leucocitosis, además de que las pruebas de función hepática fueron normales. Se realizó tomografía axial computarizada simple de abdomen con hallazgos compatibles con dilatación del colédoco de hasta 13 mm y estriación de la grasa en la imagen compatible con reservorio vesicular. Se solicitó colangiorresonancia simple, la cual reportó coledocolitiasis en su porción intrapancreática e intramural y reservorio cístico con litiasis asociada (figura 1). Se realizó CPRE

Figura 1 Resonancia magnética de abdomen simple, corte coronal



con hallazgo de dilatación de la vía biliar de hasta 11 mm con defecto de llenado distal de 6 mm de diámetro; se hizo extracción de lito y detritus con balón y esfinterotomía de 12 mm sin complicaciones.

Después del procedimiento, el paciente persistió con dolor, por lo que se decidió realizar laparoscopia diagnóstica una vez descartado el posible diagnóstico de pancreatitis posterior a la CPRE. Durante el procedimiento laparoscópico, se observaron abundantes adherencias colon-pared, colon-hígado, íleon-pared y vesícula epiplón. Se disecó el muñón vesicular y se identificó el conducto cístico, el cual se ligó con un nudo extracorpóreo de ácido poliglicólico (figura 2) y se realizó colecistectomía residual y colocación de drenaje cerrado.

Figura 2 Remanente de la vesícula biliar *in vivo*



El paciente evolucionó satisfactoriamente y fue egresado 48 horas después del procedimiento sin drenaje. En la cita de seguimiento, dos semanas después de la cirugía, acudió con reporte de histopatología en la que se reportó "colecistitis crónica litiasica agudizada. Vesícula biliar de 2.7 x 1.8 x 1 cm con litos en su interior". En la cita de seguimiento se encontró en adecuadas condiciones y sin complicaciones, por lo que fue dado de alta del servicio.

Discusión

Se han descrito diferentes manejos para la colecistitis aguda, desde el manejo médico con antibioticoterapia, hasta la colecistostomía percutánea transhepática y la colecistectomía laparoscópica, ya sea de manera urgente o posterior a resolución por colecistostomía. También se ha reportado el manejo médico de la colecistitis aguda con el fin de disminuir el riesgo de complicaciones asociadas.^{13,14}

Anualmente en Estados Unidos se llevan a cabo entre 500,000 y 750,000 colecistectomías para el tratamiento de dicha patología.^{1,2} A pesar de la amplia experiencia que se tiene en este procedimiento a nivel mundial, se ha reportado una tasa de complicaciones que asciende hasta el 6%.¹⁵ Por ende, se han creado lineamientos y algoritmos para facilitar la obtención de una visión crítica de seguridad para identificar adecuadamente las estructuras y evitar potenciales complicaciones.^{3,4}

En estos nuevos lineamientos, se ha descrito la posibilidad de llevar a cabo una colecistectomía subtotal en los casos en los que no se logra obtener una adecuada visión crítica de seguridad. Esta colecistectomía se describe como segura, ya que se evita la lesión de vía biliar y no necesita reintervención, lo cual la hace altamente efectiva.¹⁶ La colecistectomía subtotal fue descrita por primera vez en 1985 por Bornman y Terblanche, y desde 1993 se ha realizado por laparoscopia.¹⁷ Esta opción ha constituido una pieza fundamental en los recursos quirúrgicos para el tratamiento de la colecistectomía difícil.

A pesar de que la colecistectomía subtotal es una alternativa viable, se reporta hasta un 10.6% de fuga biliar y 2.2% de los pacientes presentan colecistitis del remanente vesicular posterior a dicha cirugía. En 2016 Strasberg *et al.* clasificaron la colecistectomía subtotal como reconstituida y fenestrada.¹² Debido a que la colecistitis del muñón es sumamente infrecuente, consideramos de gran importancia reportar nuestro caso para siempre tener en mente este posible resultado.

Existen dos tipos de colecistectomía subtotal, incluida la reconstituida en donde se cierra el remanente, la cual disminuye el riesgo de fístulas y aumenta la recidiva de colecistolitiasis y la colecistectomía subtotal fenestrada. El remanente queda abierto, con posibilidad de cerrar el conducto cístico, lo cual aumenta el riesgo de fístulas, sin asociación aparente a colecistolitiasis.¹² Este tipo de colecistectomía ha demostrado que disminuye la incidencia de lesión de la vía biliar; sin embargo, se documentó una mayor incidencia de fuga biliar y colecciones subhepáticas asociadas a la colecistectomía subtotal.²

En un estudio realizado por Gupta *et al.*, en el que se incluyeron 21 pacientes con sintomatología asociada a colecistitis con antecedente de colecistectomía,¹⁶ a todos los pacientes se les realizó colangiorresonancia para clasificar la anatomía del triángulo de Calot en dos grandes grupos, de los cuales en el tipo 1 se observó la presencia de conducto cístico que se subdivide en IA, con presencia de muñón vesicular; tipo IB, cuando únicamente se observa conducto cístico largo sin remanente de vesícula biliar, y el tipo II, en el que se observa vesícula biliar sésil con obli-

teración del plano entre la pared medial de la vesícula y la vía biliar. De acuerdo con esto, se dictaminó el manejo. Los tipos IA fueron sometidos a colecistectomía laparoscópica y conversión a cirugía abierta en caso necesario. Los tipos IB fueron sometidos a tratamiento endoscópico y cirugía en caso necesario.

De acuerdo con ese estudio de Gupta, se reporta un inicio de sintomatología que varía de tres meses hasta 20 años, con una mediana de inicio de tres años posterior a la colecistectomía. Los 21 pacientes incluidos en el estudio presentaron dolor tipo cólico biliar, tres pacientes se presentaron por ictericia y uno por pancreatitis. Un paciente presentó carcinoma de vesícula biliar en el muñón, desarrollado cuatro años después de la colecistectomía subtotal. Por ende, aunque la colecistectomía subtotal es una alternativa viable en casos de colecistectomía difícil, es de suma importancia notar que este abordaje conlleva el riesgo de desarrollar patologías tan graves como un carcinoma, puesto que al dejar el remanente vesicular, la incidencia de neoplasia será muy similar a la de los pacientes con vesícula intacta.¹⁸

Parmar *et al.* realizaron un estudio retrospectivo en el que valoraron 40 casos y concluyeron que, a pesar de ser poco frecuente, los pacientes tratados mediante colecistectomía parcial pueden presentar cuadros de dolor asociados a colecistitis del muñón y siempre se deberá sospechar como etiología del síndrome postcolecistectomía.¹⁹ Se recomienda completar la colecistectomía, ya sea laparoscópica o abierta, de acuerdo con la experiencia del cirujano.

Al ser una complicación poco frecuente, existe un número muy limitado de casos reportados en la literatura (cuadro III), por lo que consideramos necesario el reporte de este caso, con evolución favorable posterior a completar la colecistectomía, con el fin de prevenir complicaciones asociadas al remanente vesicular, entre las cuales destacan la fuga biliar, la colecistitis del remanente vesicular y la estenosis de la vía biliar, las cuales requerirán reintervención en situaciones incluso más complejas que el primer tiempo. También se han descrito como hallazgo las neoplasias de remanente vesicular.

Conclusiones

Se ha descrito el uso de la colecistectomía subtotal como una técnica segura para evitar lesiones de la vía biliar; sin embargo, con el uso cada vez más frecuente de esta técnica se ha observado que no es inocua y se pueden llegar a presentar complicaciones.

Aquellos a quienes se les haya realizado colecistectomía subtotal, como se menciona en nuestro caso, corren

Cuadro III Casos de colecistitis del remanente vesicular posterior a colecistectomía subtotal

Título y autor	Año	País	Sexo	Edad	Descripción
<i>Laparoscopic treatment of stone recurrence in a gallbladder remnant: report of an additional case and literature review.</i> Pernice et al.	2009	Italia	Masculino	52 años	Paciente con antecedente de colecistectomía laparoscópica en 1992, quien persistía con dolor abdominal de repetición. Ultrasonido con remanente de vesícula biliar. CPRE con remanente de vesícula de 4-5cm de diámetro
<i>Laparoscopic removal of a gallbladder remnant in a patient with severe biliary pancreatitis.</i> Cawich et al.	2016	Trinidad y Tobago	Femenino	49 años	Paciente con antecedente de colecistectomía laparoscópica electiva tres años previos a su ingreso. Acudió por dolor abdominal severo y vómito. Se le diagnosticó pancreatitis biliar (amilasa 1200 U/L) y posteriormente se completó colecistectomía laparoscópica
<i>Resection of gallbladder remnants after subtotal cholecystectomy: presentation and management.</i> Concors et al.	2018	Estados Unidos	Femenino (7) Masculino (8)	37-75 años	Se estudió a pacientes a los que se les realizó colecistectomía complementaria del 2013-2017 de manera retrospectiva. Un total de 14 pacientes fueron los que persistieron con colelitiasis sintomática de 0 meses a 7 años. Se concluyó que no existen series grandes para estudios, únicamente reportes de caso
<i>Laparoscopic completion cholecystectomy: a retrospective study of 40 cases: Laparoscopic completion cholecystectomy.</i> Parmar et al.	2013	República de la India	Femenino (24) Masculino (16)	22-58 años	Estudio retrospectivo de 40 casos con antecedente de colecistectomía abierta a quienes se les hizo colecistectomía complementaria laparoscópica. Los autores concluyen que el remanente de vesícula biliar con litiasis puede ser una causa de dolor posterior a la colecistectomía y retirar el remanente puede ser un tratamiento definitivo

CPRE: colangiopancreatografía retrógrada endoscópica

el riesgo de presentar complicaciones asociadas al remanente de vesícula biliar, por lo que consideramos una buena opción terapéutica completar la colecistectomía total siempre que sea posible para minimizar el riesgo de estas.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno que tuviera relación con este artículo.

Referencias

- Conrad C, Wakabayashi G, Asbun HJ, Dallemagne B, Demartines N, Diana M, et al. IRCAD recommendation on safe laparoscopic cholecystectomy. *J Hepatobiliary Pancreat Sci.* 2017;24(11):603-15. doi: 10.1002/jhbp.491
- Elshaer M, Gravante G, Thomas K, Sorge R, Al-Hamali S, Ebdewi H. Subtotal cholecystectomy for "difficult gallbladders": systematic review and meta-analysis: Systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg.* 2015;150(2):159-68. doi: 10.1001/jamasurg.2014.1219
- Strasberg SM, Brunt LM. Rationale and use of the critical view of safety in laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg.* 2010;211(1):132-8. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.02.053
- Vettoretto N, Saronni C, Harbi A, Balestra L, Taglietti L, Giovanetti M. Critical view of safety during laparoscopic cholecystectomy. *JSL.* 2011;15(3):322-5. doi: 10.4293/108680811X13071180407474
- Davis CJ, Filipi CJ. A history of endoscopic surgery. In: *Principles of Laparoscopic Surgery.* New York, NY: Springer New York; 1995. pp. 3-20.
- Gutiérrez L, Grau L, Rojas A, Mosqueda G. Colecistectomía laparoscópica: informe del primer caso realizado en México. *Endoscopia.* 1990;(1):99-102.
- Blas-Azotla R, Montoya-Ramírez J, Gaytán-Fuentes OF. Incidencia de enfermedad vesicular y sus complicaciones, en pacientes sometidos a cirugía de obesidad en el CMN «20 de Noviembre». Seguimiento a un año. *Rev Mex Cir Endoscop.* 2014;(15)1-4.
- Elwood DR. Cholecystitis. *Surg Clin North Am.* 2008;88(6):1241-52, viii. doi: 10.1016/j.suc.2008.07.008
- Griffiths EA, Hodson J, Vohra RS, Marriott P, Katbeh T, Zino

- S, et al. Utilisation of an operative difficulty grading scale for laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 2019;33(1):110-21. doi: 10.1007/s00464-018-6281-2
10. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, Sorge R, Al-Hamali S, Ebdewi H. Subtotal cholecystectomy for "difficult gallbladders": Systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg.* 2015;150(2):159. doi: 10.1001/jamasurg.2014.1219
 11. Shwaartz C, Pery R, Cordoba M, Gutman M, Rosin D. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for the difficult gallbladder: A safe alternative. *Isr Med Assoc J.* 2020;22(9):538-41.
 12. Strasberg SM, Pucci MJ, Brunt LM, Deziel DJ. Subtotal cholecystectomy-"fenestrating" vs "reconstituting" subtypes and the prevention of bile duct injury: Definition of the optimal procedure in difficult operative conditions. *J Am Coll Surg.* 2016; 222(1):89-96. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.09.01
 13. Loozen CS, Oor JE, van Ramshorst B, van Santvoort HC, Boerma D. Conservative treatment of acute cholecystitis: a systematic review and pooled analysis. *Surg Endosc.* 2017;31(2):504-15. doi: 10.1007/s00464-016-5011-x
 14. El-Gendi A, El-Shafei M, Emara D. Emergency versus delayed cholecystectomy after percutaneous transhepatic gallbladder drainage in grade II acute cholecystitis patients. *J Gastrointest Surg.* 2017;21(2):284-93. doi: 10.1007/s11605-016-3304-y
 15. Radunovic M, Lazovic R, Popovic N, Magdelinic M, Bulajic M, Radunovic L, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: Our experience from a retrospective analysis. *Open Access Maced J Med Sci.* 2016;4(4):641-6. doi: 10.3889/oamjms.2016.128
 16. Gupta V, Sharma AK, Kumar P, Gupta M, Gulati A, Sinha SK, et al. Residual gall bladder: An emerging disease after safe cholecystectomy. *Ann Hepatobiliary Pancreat Surg.* 2019;23(4):353-8. doi: 10.14701/ahbps.2019.23.4.353
 17. Koo JGA, Chan YH, Shelat VG. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: comparison of reconstituting and fenestrating techniques. *Surg Endosc.* 2021;35(3):1014-24. doi: 10.1007/s00464-020-08096-0
 18. Fujiwara S, Kaino K, Iseya K, Koyamada N. Laparoscopic subtotal cholecystectomy for difficult cases of acute cholecystitis: a simple technique using barbed sutures. *Surg Case Rep.* 2020;6(1):238. doi: 10.1186/s40792-020-01026-1
 19. Parmar AK, Khandelwal RG, Mathew MJ, Reddy PK. Laparoscopic completion cholecystectomy: a retrospective study of 40 cases: Laparoscopic completion cholecystectomy. *Asian J Endosc Surg.* 2013;6(2):96-9. doi: 10.1111/ases.12012