Litiasis del conducto cístico remanente, hallazgo por resonancia magnética

Lithiasis of remnant cystic duct, findings by magnetic resonance

David Hernández-Villeda* y M^a de Guadalupe Gómez-Pérez

Servicio de Alta Especialidad Resonancia Magnética Corporal, Hospital Ángeles del Pedregal, Ciudad de México, México

RESUMEN

El síndrome del muñón cístico se presenta en el 2-5% de pacientes con antecedentes de colecistectomía. El cuadro clínico se caracteriza por episodios de dolor similares al motivo por el cual se realizó la colecistectomía. **Caso clínico:** Paciente de sexo masculino de 45 años con antecedentes de colecistectomía hace 15 años, con dolor en el hipocondrio derecho. La tomografía reporta litiasis residual en la vía biliar extra-hepática. Se realiza una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica para la colocación de una endoprótesis y la extracción de litos. Ante la persistencia de síntomas se realiza una colangiorresonancia magnética.

Palabras clave: Litiasis. Conducto cístico remanente. Colecistectomía.

ABSTRACT

Cystic stump syndrome occurs in 2-5% of patients with a history of cholecystectomy. The clinical picture is characterized by episodes of pain similar to the reason why cholecystectomy was performed. **Clinical case:** A 45-year-old male with a history of cholecystectomy 15 years ago, with pain in the right hypochondrium. Tomography reports residual lithiasis in extra-hepatic bile duct. Endoscopic retrograde cholangiography is performed for endoprosthesis placement and litho extraction. Before the persistence of symptoms, colangioresonance is performed.

Key words: Lithiasis. Remnant cystic duct. Cholecystectomy.

Correspondencia:

*David Hernández Villeda

E-mail: drhernandezvilleda@hotmail.com

1665-2118/© 2020 Sociedad Mexicana de Radiología e Imagen, AC. Publicado por Permalyer. Este es un artículo open access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Recibido: 20-06-2019

Aceptado: 06-01-2020

DOI: 10.24875/ARM.20000158

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente de sexo masculino de 56 años de edad, con antecedente de colecistectomía hace 15 años, que 2 horas después a la ingesta de alimentos presenta dolor abdominal tipo cólico localizado en el hipocondrio derecho, con irradiación a la espalda, por lo que ingresa al servicio de urgencias con diagnóstico de síndrome doloroso abdominal. Se le realiza una tomografía de abdomen, la cual reporta litiasis localizada en el trayecto de la vía biliar (Fig. 1). Ante la sospecha de coledocolitiasis residual, se procede a realizar una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) para la colocación de una endoprótesis de la vía biliar.

Posteriormente, el paciente persiste con sintomatología, por lo que se le realiza una colangiorresonancia magnética (CRM), en la que se identifica un remanente de conducto cístico de aspecto dilatado y contenido heterogéneo, a expensas de dos imágenes ovoideas con ausencia de señal en su interior, en relación con litiasis, así mismo se identifican otras imágenes similares en el trayecto del conducto colédoco (Fig. 2).

Por los hallazgos identificados, se realiza nuevamente una CPRE, con canalización selectiva del conducto cístico para litotricia hidráulica de 880 pulsos, utilizando solución salina al 0.9% para la limpieza de la vía biliar y del conducto cístico (Fig. 3).

REVISIÓN

El conducto cístico conecta la vesícula biliar con el conducto hepático común, y se

FIGURA 1. A: tomografía axial simple. Se observa imagen nodular hiperdensa 124 UH (flecha) en la fosa vesicular. **B:** resonancia magnética T2 axial comparativa, al mismo nivel que la imagen A, en la que se observa una imagen sacular quística con una imagen nodular, con ausencia de señal en su interior, sugerente de lito en remanente de conducto cístico (flecha).

FIGURA 2. A: colangiorresonancia, remanente del conducto cístico dilatado (flecha) con imágenes ovoideas con ausencia de señal en su interior «litos», colédoco con endoprótesis en su interior (cabeza de flechas), así como imágenes con ausencia de señal hacia su tercera porción (flecha punteada). Se observa imagen nodular hiperdensa 124 UH (flecha) en la fosa vesicular. **B:** resonancia magnética T2 axial comparativa, al mismo nivel que la imagen A, en la que se observa una imagen sacular quística con una imagen nodular con ausencia de señal en su interior, sugerente de lito en remanente de conducto cístico (flecha).

considera una estructura importante durante la colecistectomía, pues, junto con el conducto hepático común y el borde hepático inferior, conforman el «triángulo de Calot». El conducto cístico tiene una longitud promedio de 4-6 mm y un diámetro de 1-1.5 mm.

FIGURA 3. Colangioscopia que muestra remanente de conducto cístico dilatado de 2 cm con lito de 10 mm en su interior.

En su interior se visualizan pliegues concéntricos conocidos como las válvulas espirales Heister, cuya función es un mecanismo de barrera. Durante la colecistectomía se deja un remanente del conducto cístico de 1-2 mm de longitud con un calibre normal de 2-3 mm¹.

El síndrome de poscolecistectomía (PSC) se define como la recurrencia de la sintomatología experimentada anteriormente, presentada posterior a una colecistectomía. El inicio de la patología puede variar de días, meses e incluso años posterior al evento quirúrgico². Las principales causas biliares son la coledocolitiasis residual, disquinesia biliar, estenosis biliar y la dilatación del muñón del conducto cístico. Este último es el que presenta una menor incidencia de los casos de PSC en 2-5% de los pacientes.

La litiasis en el remanente del conducto cístico puede ser retenida o recurrente. Los litos

retenidos se quedan en la vía biliar durante la cirugía, mientras que la litiasis recurrente se forma debido a la estasis biliar. Esto es más común en el remanente de la vesícula biliar con un muñón del conducto cístico alargado³. Las causas biliares de PCS han aumentado, ello se relaciona de forma significativa con el advenimiento de la colecistectomía laparoscópica. Esto se debe a que se liga el conducto cístico lo más cercano a la vesícula biliar para evitar la lesión del conducto biliar común, a diferencia de la colecistectomía abierta, en que el conducto cístico se liga lo más cerca posible del conducto biliar común. La causa por la cual se deja un remanente cístico prominente es ante un cuadro de colecistitis agudizada⁴.

MÉTODOS DE IMAGEN

La detección del remanente del conducto cístico se realiza principalmente con auxiliares de diagnóstico de imagen. Las modalidades más disponibles en los centros hospitalarios actualmente son el ultrasonido, ultrasonido endoscópico, CPRE, tomografía y CRM. La ecografía, por su disponibilidad, es el primer método de diagnóstico de elección, y tiene una sensibilidad del 60% en la detección del remanente del conducto quístico, sin embargo, la modalidad es dependiente del usuario. La ecografía endoscópica se ha propuesto para reducir el número de exámenes de CPRE en pacientes con PCS en aproximadamente un 50%, aunque la falta de experiencia es un gran inconveniente. La CPRE preoperatoria se realiza para buscar litiasis residual en el conducto biliar común como causa del PCS. La CPRE y la colocación de stents

también son útiles en los casos de estenosis biliar que causa PCS⁵. La tomografía tiene utilidad para detectar litos remanentes en el trayecto o fosa del conducto cístico, pues identifica calcificaciones a este nivel, como la observada en nuestro caso. La CRM es la modalidad de elección para detectar el remanente del conducto quístico, como una acumulación de líquido oblongo en la fosa de la vesícula biliar, que se puede confundir fácilmente con una vesícula biliar normal. Sin embargo, esta colección de fluidos oblongos no muestra una continuidad del conducto biliar común, que se demuestra mejor en las imágenes volumétricas de la CRM, siendo el biloma el principal diagnóstico diferencial aunado a la identificación de litos en la colección de fluidos de morfología oblonga favorece el diagnóstico de litiasis en conducto cístico remanente⁶.

AGRADECIMIENTOS

Nuestro agradecimiento al Servicio de Resonancia Magnética del Hospital Ángeles Pedregal y al personal que facilitó y participó en la elaboración de este reporte de caso.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

FINANCIAMIENTO

El presente caso clínico fue financiado por los autores.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Van Beers BE, Lacrosse M, Trigaux JP, de Cannière L, De Ronde T, Pringot J. Noninvasive imaging of biliary tree before and after laparoscopic cholecystectomy; Use of three dimensional spiral CT cholangiography. *AJR Am J Roentgenol.* 1994;162(6):1331.
2. Turner MA, Fulcher AS. El conducto cístico normaliza la anatomía y los procesos patológicos. *Radiografía.* 2001;21:3-22.
3. Perera E, Bhatt S, Dogra V, Cystic Duct Remnant Syndrome. *J Clin Imaging Sci.* 2011;1:2.
4. Jensen SW. Postcholecystectomy syndrome. *Medscape.* 2020. [Último acceso: abril 2010]. Disponible en: <https://emedicine.medscape.com/article/192761-overview>
5. Jaunoo SS, Mohandas S, Almond LM. Postcholecystectomy syndrome. *Int J Surg.* 2010;8:15-7.3.
6. Girometti R, Brondani G, Cereser L, Como G, del Pin M, Bazzocchi M, et al. Post-cholecystectomy syndrome: Spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography. *Br J Radiol.* 2010; 83:351-612.