

Síndrome del muñón cístico: ¿quimera o realidad?

Cystic duct remnant syndrome: Myth or reality?

Entre el 5 y el 15% de los pacientes colecistectomizados pueden presentar episodios de dolor abdominal similares a los que motivaron la indicación de cirugía^{1,2}, y que se agrupan bajo el término «síndrome poscolecistectomía».

La etiología es muy variada, pudiendo ser secundarios a alteraciones biliares, como coledocolitiasis residual, discinesia biliar, fuga o estenosis biliar, o a otras enfermedades no biliares^{3,4}. Se han descrito, aunque con menos frecuencia, los secundarios a síndrome del muñón cístico.

Presentamos el caso de una mujer de 55 años de edad, con antecedentes personales de cesárea y colecistectomía abierta hace 11 años por colecistitis litiasica. Presenta desde la intervención episodios esporádicos de dolor abdominal en hipocondrio derecho de tipo cólico, autolimitados, sin relación con la ingesta, acompañados de náuseas y vómitos, y que mejoraban parcialmente con analgésicos. En las analíticas de uno de los episodios constatados recientemente, se evidencia discreta elevación de transaminasas y bilirrubina, motivo por el que es derivada para estudio.

En la exploración física, se aprecia un abdomen con cicatriz subcostal derecha sin alteraciones, no doloroso, sin signos de irritación peritoneal. Las analíticas (incluyendo hemograma, bioquímica con enzimas hepáticas, hormonas tiroideas, alfa-1-antitripsina, ceruloplasmina, proteinograma, serologías víricas y coagulación) estaban dentro de los parámetros de normalidad. Se solicitó ecografía abdominal, informada como hígado normal, sin lesiones focales, colecistectomizada, e imágenes hiperecogénicas lineales con sombra acústica posterior en lecho vesicular en relación con conducto cístico, sin otras alteraciones.

Ante los hallazgos en la ecografía se solicita colangiografía por resonancia, que es informada como remanente cístico alargado y dilatado, con probable imagen de litiasis en su interior, con colédoco normal (figs. 1 y 2).

Ante los hallazgos se propone intervención quirúrgica, pero la paciente la desestima. Se indica tratamiento dietético, permaneciendo asintomática tras 6 meses de seguimiento.

El muñón cístico se ha definido como un conducto cístico residual mayor de 1 cm, y que puede, en presencia de litiasis en su interior, producir un síndrome poscolecistectomía^{5,6}. Este síndrome puede presentarse desde el postoperatorio inmediato o aparecer incluso años después de una colecistectomía¹, produciendo síntomas similares a cólicos biliares e incluso episodios de colestasis, como en nuestro caso. Se trata de una causa poco frecuente de síndrome poscolecistectomía, aunque se desconoce si esta afección podría verse incrementada en el futuro debido al aumento en el número de colecistectomías laparoscópicas realizadas en las últimas décadas^{6,7}.

El diagnóstico puede incluir la ecografía, la tomografía axial computarizada, la manometría del esfínter de Oddi y la escintigrafía biliar en casos de discinesia biliar³, aunque la colangiografía por resonancia es la técnica de elección actual no invasiva para la evaluación del árbol biliar en estos casos,

frente a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica^{2,5,8}. No obstante, deben descartarse otras causas extra-biliares, como síndrome de intestino irritable, úlcera péptica, hepatitis o neuromas, entre otras posibles etiologías más frecuentes^{3,9}. Se ha cuestionado la implicación de esta entidad en el síndrome poscolecistectomía pero, descartadas otras etiologías y en presencia de pruebas de imagen en las que se aprecie un remanente cístico alargado con litiasis en su interior¹, sin otras anomalías ni hallazgos, es diagnóstica.

En nuestro caso la colangiografía por resonancia nuclear evidenció un muñón cístico alargado, aunque sin apreciarse claramente litiasis en su interior por mala resolución (fig. 2A). Sin embargo, la ecografía abdominal realizada mostró la presencia de imágenes hiperecogénicas lineales, con sombra acústica posterior, en el interior del cístico residual adyacente al colédoco, sugestivas de litiasis (fig. 2B). Se podría plantear el diagnóstico diferencial ecográfico con clips metálicos, pero la intervención se realizó por vía abierta sin la utilización de estos materiales, y la visualización ecográfica de los mismos es la de material hiperecogénico con sombra acústica posterior artefactada.

Este síndrome puede asociar otras complicaciones, como fuga o estenosis biliar, neuromas, granulomas o mucocelos, y es una potencial fuente de infección.

Respecto al tratamiento, se ha comunicado que la resección del remanente parece solucionar los síntomas en un elevado porcentaje de casos^{5,6,8}, aunque la existencia de cambios fibróticos entre el remanente y la vía biliar principal pueden implicar un riesgo incrementado en el abordaje laparoscópico frente al abierto, aunque no lo contraindica². Otras alternativas propuestas al tratamiento quirúrgico son la litotricia y la CPRE⁷.

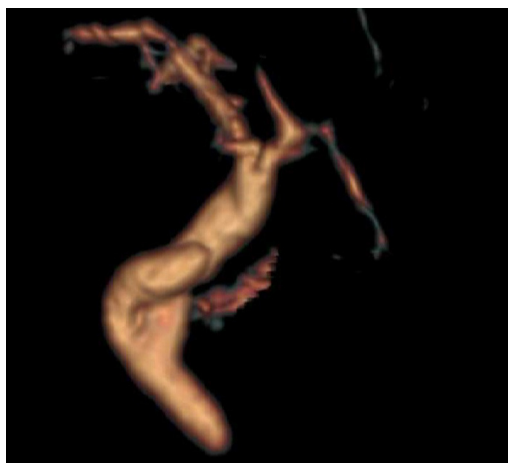


Figura 1 – Imagen de colangiografía por resonancia nuclear (reconstrucción tridimensional) donde se aprecia un muñón cístico alargado.



Figura 2 – A) Imagen de colangiografía magnética sin apreciarse claras imágenes de litiasis en el interior del muñón cístico. **B)** Imagen de ecografía abdominal donde se aprecia el colédoco (*) adyacente al muñón cístico alargado, con imágenes hiperecogénicas en su interior (flecha blanca) que dejan sombra acústica posterior (flecha negra) no artefactada, sugestiva de litiasis en su interior.

Parece existir consenso en que el tratamiento quirúrgico debe indicarse en pacientes con síntomas recurrentes y litiasis residual demostrada en el remanente, descartadas otras etiologías. Aunque se ha propuesto la búsqueda y tratamiento de la litiasis del muñón cístico durante la colecistectomía¹⁰, la prevención de este síndrome debe basarse en la adecuada disección e identificación anatómica de la unión del cístico con la vía biliar.

BIBLIOGRAFÍA

- Perea E, Bhatt S, Dogra VS. Cystic duct remnant syndrome. *J Clin Imaging Sci.* 2011;1:2.
- Tantia O, Jain M, Khanna S, Sen B. Post cholecystectomy syndrome: Role of cystic duct stump and re-intervention by laparoscopic surgery. *J Minim Access Surg.* 2008;4:71-5.
- 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;35:1-61.
- Filip M, Saftoiu A, Popescu C, Gheonea DI, Iordache S, Sandulescu L, et al. Postcholecystectomy syndrome—an algorithmic approach. *J Gastrointest Liver Dis.* 2009;18:67-71.
- Shaw C, O’Hanlon DM, Fenlon HM, McEntee GP. Cystic Duct remnant and the ‘post-cholecystectomy syndrome’. *Hepatogastroenterology.* 2004;51:36-8.
- Lum YW, House MG, Hayanga AJ, Schweitzer M. Postcholecystectomy syndrome in the laparoscopic era. *J Laparoendosc Adv Tech A.* 2006;16:482-5.
- Macaron C, Qadeer MA, Vargo JJ. Recurrent abdominal pain after laparoscopic cholecystectomy. *Cleve Clin J Med.* 2011;78:171-8.
- Palanivelu C, Rangarajan M, Jategaonkar PA, Madankumar MV, Anand NV. Laparoscopic management of remnant cystic duct calculi: A retrospective study. *Ann R Coll Surg Engl.* 2009;91:25-9.
- Zhou PH, Liu FL, Yao LQ, Qin XY. Endoscopic diagnosis and treatment of post-cholecystectomy syndrome. *Hepatobiliary Pancreat Dis Int.* 2003;2:117-20.
- Sezeur A, Akel K. Cystic duct remnant calculi after cholecystectomy. *J Visc Surg.* 2011;148:e287-90.

Jesús Márquez Rojas^{a,*}, José Antonio Medina Ortiz^a, Yvana Anavy Martínez Mateo^a, M. José Matito Díaz^b y Martina Arribas Jurado^b

^aServicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital San Pedro de Alcántara, Cáceres, España

^bServicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Infanta Cristina, Badajoz, España

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesus_marquez_rojas@hotmail.com (J. Márquez Rojas).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.04.020>