



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍNDROME POSTCOLECISTECTOMÍA Y DIAGNÓSTICO
IMAGENOLÓGICO

HONORES CAJAMARCA KARINA ELIZABETH
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

SÍNDROME POSTCOLECISTECTOMÍA Y DIAGNÓSTICO
IMAGENOLÓGICO

HONORES CAJAMARCA KARINA ELIZABETH
MÉDICA

MACHALA
2023



UTMACH

FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE CIENCIAS MÉDICAS

EXAMEN COMPLEXIVO

SÍNDROME POSTCOLECISTECTOMÍA Y DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO

HONORES CAJAMARCA KARINA ELIZABETH
MÉDICA

ARCINIEGA JACOME LUIS ALFONSO

MACHALA, 20 DE JUNIO DE 2023

MACHALA
20 de junio de 2023

SÍNDROME POSTCOLECISTECTOMÍA Y DIAGNÓSTICO IMAGENOLÓGICO

por Karina Elizabeth Honores Cajamarca

Fecha de entrega: 10-jun-2023 03:17p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2112696023

Nombre del archivo: KARINA_HONORES_-_TURNITIN.docx (47.52K)

Total de palabras: 4075

Total de caracteres: 23237

CLÁUSULA DE CESIÓN DE DERECHO DE PUBLICACIÓN EN EL REPOSITORIO DIGITAL INSTITUCIONAL

La que suscribe, HONORES CAJAMARCA KARINA ELIZABETH, en calidad de autora del siguiente trabajo escrito titulado Síndrome postcolecistectomía y diagnóstico imagenológico, otorga a la Universidad Técnica de Machala, de forma gratuita y no exclusiva, los derechos de reproducción, distribución y comunicación pública de la obra, que constituye un trabajo de autoría propia, sobre la cual tiene potestad para otorgar los derechos contenidos en esta licencia.

La autora declara que el contenido que se publicará es de carácter académico y se enmarca en las disposiciones definidas por la Universidad Técnica de Machala.

Se autoriza a transformar la obra, únicamente cuando sea necesario, y a realizar las adaptaciones pertinentes para permitir su preservación, distribución y publicación en el Repositorio Digital Institucional de la Universidad Técnica de Machala.

La autora como garante de la autoría de la obra y en relación a la misma, declara que la universidad se encuentra libre de todo tipo de responsabilidad sobre el contenido de la obra y que asume la responsabilidad frente a cualquier reclamo o demanda por parte de terceros de manera exclusiva.

Aceptando esta licencia, se cede a la Universidad Técnica de Machala el derecho exclusivo de archivar, reproducir, convertir, comunicar y/o distribuir la obra mundialmente en formato electrónico y digital a través de su Repositorio Digital Institucional, siempre y cuando no se lo haga para obtener beneficio económico.

Machala, 20 de junio de 2023



HONORES CAJAMARCA KARINA ELIZABETH
0705554889

RESUMEN

El síndrome postcolecistectomía se define como la presentación de dolor abdominal en el hipocondrio derecho, que puede estar asociado o no a náuseas, vómitos, diarrea y sensación de masa en abdomen, en pacientes con antecedente de colecistectomía laparoscópica reciente o incluso de años.

OBJETIVO: Describir síndrome postcolecistectomía a través del diagnóstico por imágenes, mediante la revisión sistemática de artículos científicos publicados en revistas indexadas, para el manejo integral de los pacientes en atención primaria en salud.

METODOLOGÍA: Estudio observacional descriptivo, se recopilaron artículos científicos publicados en las bases de datos de Pubmed, LILACS, Cochrane Library, Science Direct (Elsiever), con el resultado de 19 artículos de los últimos 5 años y 6 de los últimos 10 años, para extraer información acerca del síndrome postcolecistectomía y cómo los estudios de imagen permiten confirmar su sospecha diagnóstica.

CONCLUSIÓN: La ecografía abdominal es el primer eslabón diagnóstico en el síndrome postcolecistectomía, y en ella se pueden identificar imágenes compatibles con cálculos abandonados, pero en aquellos pacientes en los que no se pueda objetivar alguna imagen de sospecha, se recomienda el empleo de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, ya que ha demostrado tener una sensibilidad del 96.2% y especificidad del 88.9%. Por otro lado, se prefiere a la colangiopancreatografía por resonancia magnética, por su alta sensibilidad cerca del 100%, además por permitir identificar cálculos remanentes en el conducto cístico. La tomografía axial computarizada solo debería de realizarse en pacientes que cursen 3 semanas posoperatorias.

PALABRAS CLAVE: vesícula biliar, colelitiasis, colecistectomía laparoscópica.

ABSTRACT.

INTRODUCTION: Post-cholecystectomy syndrome is defined as the clinical presentation of abdominal pain at the upper right quadrant, that can be associated but not limited to other gastrointestinal symptoms like nausea, vomiting, diarrhea, and an abdominal lump presence in patients with a recent history of laparoscopic cholecystectomy.

AIM: To describe post-cholecystectomy syndrome through the diagnosis aid by imaging tools by means of systematic review of scientific articles published in indexed journals for the comprehensive management of patients in primary health care.

METHODOLOGY: Descriptive observational study; scientific articles published in Pubmed, LILACS, Cochrane Library, Science Direct (Elsevier) databases were collected, with the result of 14 articles from the last 5 years and 6 from the last 10 years, to acquire information about post-cholecystectomy syndrome and how imaging studies support their diagnostic suspicion.

CONCLUSION: Abdominal ultrasound is the diagnostic link in post-cholecystectomy syndrome, and it allows the identification of hyperechogenic nodular images that project a posterior acoustic shadow compatible with retained calculi, however in those patients in whom no suspicious image can be found, is recommended the use of endoscopic retrograde cholangiopancreatography, since it has been shown to have a sensitivity of 96.2% and a specificity of 88.9%. On the other hand, it is preferred over magnetic resonance cholangiopancreatography, due to its high sensitivity close to 100%, in addition to allowing the identification of remaining stones in the cystic duct. Computerized axial tomography should only be performed in patients who are 3 weeks postsurgical.

KEYWORDS: gallbladder, cholelithiasis, cholecystectomy laparoscopic.

ÍNDICE.

INTRODUCCIÓN.....	4
DESARROLLO.....	6
Colelitiasis.	6
Síndrome postcolecistectomía.	8
Diagnóstico imagenológico en síndrome postcolecistectomía.	11
Complicaciones.....	16
Prevención.	16
CONCLUSIÓN.	18
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	19

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.

<i>Ilustración 1</i> Resonancia magnética con litiasis en remanente vesicular.....	11
Ilustración 2 Ecografía Abdominal en el que se observa lecho vesicular con imagen anecoica con litos en su interior, correspondiente a conducto cístico dilatado.	11
Ilustración 3 Visualización de imágenes hiperecogénicas que proyectan sombra acústica posterior en el interior del colédoco, adyacente al muñón cístico alargado.	12
Ilustración 4. Se observa una vesícula residual durante un procedimiento de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.	12
Ilustración 5. Colangiopancreatografía por Resonancia magnética: Imagen A: con Anatomía de Calot tipo I, conducto cístico dilatado; Imagen B: con Anatomía de Calot tipo II	13
Ilustración 6. Colangiopancreatografía por Resonancia magnética con conducto cístico dilatado con un cálculo un situ.....	14
Ilustración 7. Colangiorensonancia magnética nuclear con presencia de muñón cístico alargado	15

INTRODUCCIÓN.

El síndrome postcolecistectomía es un término utilizado para describir una serie de síntomas que pueden ocurrir después de una colecistectomía; el cual es un procedimiento comúnmente realizado para tratar enfermedades de la vesícula biliar, como cálculos biliares o colecistitis, entre otras (1).

Durante la emergencia hospitalaria, en caso de recibir pacientes que acuden con dolor abdominal en cuadrante superior derecho con el antecedente quirúrgico de colecistectomía laparoscópica, por el general el profesional descarta un proceso vesicular, sin embargo, existe un 23.1% de pacientes que posterior a su cirugía continúan con la clínica, por la cual fueron intervenidos (1).

Centroamérica y Sur América tiene la tasa más alta de formación de cálculos biliares según Littlefield et al (2); en Ecuador la colelitiasis, es un problema frecuente de salud pública, siendo así que en las principales causas de morbilidad, ocupó el segundo lugar durante los años 2020-2021 (3).

El manejo de la colelitiasis sintomática, sin lugar a dudas es quirúrgico, ya que tratado de forma ambulatoria con la sucesión del tiempo puede terminar en complicaciones, como la colecistitis y coledocolitiasis (4). La vía laparoscópica es la técnica preferida hoy en día, para la realización de la colecistectomía, y se elige por encima de la convencional debido a que reduce la mortalidad perioperatoria, y disminuye el tiempo de hospitalización (5).

Existen reportes de casos a lo largo de la historia médica, en la que pacientes que se han sometido al procedimiento quirúrgico, continúan con los síntomas y desarrollan la entidad patológica conocida como síndrome postcolecistectomía, causada por una combinación entre la alteración de la fisiología del sistema digestivo, y la presencia de mucosa residual vesicular propensa al desarrollo de litiasis recurrente (6).

Pastor et.al (7) menciona que en Ecuador ésta patología existe pero no es reportada, de tal forma que los datos que hay son insuficientes para determinar su incidencia, por lo tanto hay escasa bibliografía nacional que hable acerca de la patología. La incidencia y prevalencia del síndrome postcolecistectomía varían en función de diversos factores, como la población estudiada, los criterios de diagnóstico utilizados y la duración del seguimiento después de la cirugía (6). Aunque no existen datos precisos y uniformes sobre la incidencia y prevalencia exactas, se estima que entre el 5% y el 40% de los pacientes pueden presentar síntomas persistentes o después de nuevas de la colecistectomía (7).

La prevalencia del síndrome postcolecistectomía también puede variar enormemente en diferentes estudios y poblaciones (3). Algunos estudios han informado una prevalencia entre el 10% y el 30% de los pacientes sometidos a colecistectomía, aunque estos números pueden variar (8).

Es importante tener en cuenta que los estudios sobre la incidencia y prevalencia del síndrome postcolecistectomía presentan limitaciones, y puede haber una subestimación debido a la falta de consenso en la definición de la condición y la escasez en la evaluación y seguimiento de los pacientes (8).

En general, se considera que el síndrome poscolecistectomía es una entidad clínica real, pero su incidencia y prevalencia exactas aún no están bien establecidas debido a la falta de consenso en los criterios de diagnóstico y la escasez en la presentación y evaluación de los síntomas (2).

El presente trabajo está encaminado a recopilar información mediante la revisión sistemática de artículos científicos, acerca del síndrome postcolecistectomía para describirlo a través del diagnóstico imagenológico para que la comunidad médica en atención primaria en salud conozca del tema y figure como un diagnóstico diferencial de dolor abdominal en pacientes colecistectomizados para que se efectúe un adecuado manejo integral en estos pacientes.

DESARROLLO.

Colelitiasis.

La vesícula biliar es un órgano que cumple un rol clave en el sistema digestivo, descrito en los libros de anatomía como una estructura en forma de “pera” de aproximadamente 7 cm de largo por 4cm de ancho, ubicado en el hipocondrio derecho, limita con los segmentos IV y V del borde inferior del hígado; la función principal es almacenar la bilis en promedio de 30 ml aproximadamente, la cual es transportada desde el hígado, por el conducto hepático común y el conducto cístico para ser almacenada, que por acción de la colecistocinina va a ser liberada a través del conducto colédoco hacia el intestino delgado (8).

Una de las entidades nosológicas más frecuentes de la vesícula biliar es la colelitiasis, generalmente los pacientes que la padecen son asintomáticos, pero un porcentaje de estos pueden presentar algún episodio de cólico biliar y acuden a la emergencia hospitalaria refiriendo dolor abdominal localizado en el cuadrante superior derecho, cuya causa comúnmente se debe a una obstrucción persistente en el conducto cístico debido a la presencia de un cálculo impactado (9).

En Ecuador según el INEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) en el período 2020-2021 se presentó un aumento de casos de morbilidad por esta patología según se reporta en el registro de camas y egresos hospitalarios en ese período de tiempo. (3)

Entre los factores de riesgo para desarrollar dicha patología se encuentra el sexo, siendo más común en mujeres por el uso de anticonceptivos a base de la hormona estrógeno, ya que estos promueven la secreción de colesterol en la bilis (4); además sumado a ello, una dieta con alto contenido de grasas incrementa la probabilidad de que se formen cristales de colesterol, que son la génesis de los cálculos biliares (4).

La colecistitis aguda se establece como la inflamación de la pared vesicular, y es una de las complicaciones de la colelitiasis; no siempre es de causa litiásica, ya que también puede verse injuriada en traumatismos, fallo multiorgánico, quemaduras graves, uso de opioides y vasopresores, etc. y en este caso es prevalente en pacientes del sexo masculino (9) (10).

El síntoma cardinal, tanto en la colecistitis como en la colelitiasis es el dolor abdominal en el hipocondrio derecho, el 65% de los pacientes puede presentar fiebre, síntomas como

distensión abdominal, náuseas y vómitos son los más comunes que refieren los pacientes en la emergencia (10).

Para el diagnóstico de éstas patologías, el personal médico se basa en la exploración física y se apoya de diferentes estudios de imagen en los que se pueden encontrar distintos hallazgos que no son patognomónicos, pero que en combinación orientan a la sospecha diagnóstica de colelitiasis; la ecografía es considerado el estándar de oro debido a su bajo costo, fácil acceso y su alta especificidad y sensibilidad, aunque para la evaluación de complicaciones, o realizar diagnóstico diferencial de patologías asociadas al dolor en el cuadrante superior derecho se prefiere la tomografía axial computarizada (9).

Gallego et al (9) menciona que dos de las características ecográficas que nos orientan a sospechar de la colecistitis son: 1) la presencia del edema de la pared vesicular, que puede ser tanto focal como circunferencial o discontinuo; 2) una vesícula distendida con un tamaño superior a 10 cm, con paredes convexas. Un estudio observacional de corte transversal realizado en Paraguay por Sanabria et al. obtuvo como conclusión en cuanto a hallazgos ecográficos, que el promedio del tamaño de una vesícula distendida fue de 11,7 cm, con un grosor de pared de 4,3 mm; el 56.75% de los pacientes estudiados presentaron edema vesicular, y litiasis múltiple (11).

La atención hospitalaria de un paciente con clínica por diagnóstico de colelitiasis, va encaminado al manejo del dolor y el objetivo del médico será averiguar acerca de la presencia de una complicación de ésta, una de ellas, la colecistitis; como menciona Zárate et al (4) en varios países la indicación solo es el manejo ambulatorio, pero en Chile la recomendación es la colecistectomía laparoscópica, la cual es considerada hoy en día como la técnica quirúrgica de elección para los casos de colelitiasis sintomática (12).

En México, éste es uno de los procedimientos quirúrgicos más llevados a cabo, se realiza en el 95% de los casos por colelitiasis (1). Lamberts et al. (13) en su estudio prospectivo de cohorte multicéntrico, destaca que en el grupo de estudio durante 14 años en pacientes con colelitiasis sintomática mantener una estrategia de conducta expectante resultó ser viable en el 31% de los pacientes.

Gupta et al (6). refiere que posterior a la realización de una colecistectomía parcial, la mucosa residual vesicular es aún propensa al desarrollo de litiasis recurrente, por lo que en pacientes con sintomatología reiterativa posterior a la intervención quirúrgica, sobre todo en los casos de una colecistectomía subtotal o parcial (14) se debe de sospechar de litiasis vesicular residual; el término acuñado en 1947 por Womack y Crider para referirse a esta entidad, fue síndrome postcolecistectomía (15).

Síndrome postcolecistectomía.

El Síndrome Postcolecistectomía se refiere a un conjunto de síntomas que pueden presentarse después de la colecistectomía; el cual es un procedimiento normalmente realizado para tratar patologías quirúrgicas como cálculos biliares, inflamación de la vesícula biliar u otras enfermedades de la vesícula biliar (10).

Aunque la mayoría de las personas se recuperan correctamente después de la colecistectomía, algunas pueden presentar síntomas persistentes o nuevos después del procedimiento (11). El Síndrome postcolecistectomía se caracteriza por la aparición de síntomas como dolor abdominal, diarrea, flatulencia y distensión abdominal, y problemas digestivos (12).

El dolor abdominal puede ser similar al que se experimentó antes de la colecistectomía o puede ser de una naturaleza diferente (12). La diarrea puede ocurrir debido a cambios en la digestión de los alimentos y en la absorción de las grasas en ausencia de la vesícula biliar (14). La flatulencia y la distensión abdominal pueden estar relacionadas con un aumento en la formación de gases después de comer. Los problemas digestivos pueden manifestarse como dificultades para digerir ciertos alimentos (13).

El Síndrome postcolecistectomía puede tener diversas causas, como la presencia de cálculos biliares residuales, estenosis del conducto biliar, dismotilidad del esfínter de Oddi o cambios en la dieta y los patrones de alimentación (9).

Los factores de riesgo conocidos para el síndrome postcolecistectomía incluyen:

Cálculos biliares residuales: Si después de la colecistectomía quedan cálculos biliares en los conductos biliares o en el hígado, pueden causar síntomas y complicaciones similares a los experimentados antes de la cirugía (15).

Estenosis del conducto biliar: La estenosis o estrechamiento de los conductos biliares puede obstaculizar el flujo normal de la bilis provocar y síntomas después de la colecistectomía (14).

Lesiones en los conductos biliares: Durante la cirugía de colecistectomía, existe el riesgo de lesiones en los conductos biliares, lo que puede dar lugar a estenosis, obstrucciones o fugas biliares. Estas complicaciones pueden causar síntomas persistentes después de la cirugía (16).

Infecciones postoperatorias: Las infecciones en el área quirúrgica después de la colecistectomía pueden aumentar el riesgo de desarrollar el síndrome postcolecistectomía (16).

Factores relacionados con la técnica quirúrgica: Algunos estudios sugieren que ciertas técnicas quirúrgicas, como la cirugía laparoscópica en comparación con la cirugía abierta, pueden estar asociados con un mayor riesgo de síndrome postcolecistectomía. Sin embargo, se requieren más investigaciones para confirmar estas conclusiones (17).

Es importante destacar que el diagnóstico de esta condición se basa en una combinación de la historia clínica, los síntomas del paciente y la búsqueda de los estudios de imagen (17). Algunos de los estudios de imagen que se utilizan habitualmente incluyen:

Ecografía abdominal: Es una técnica de imagen no invasiva y ampliamente disponible que puede ayudar a evaluar la presencia de cálculos biliares residuales, dilatación de los conductos biliares o cambios en la estructura de la vesícula biliar y los conductos biliares.

Colangiografía por resonancia magnética (CPRM): Es un estudio de imagen que utiliza resonancia magnética para visualizar los conductos biliares y la vesícula biliar. Permite evaluar la presencia de estenosis, estrechamientos, obstrucciones o anomalías en los conductos biliares (18).

Tomografía computarizada (TC): La TC abdominal puede proporcionar información detallada sobre los tejidos y órganos abdominales, incluidos los conductos biliares, la vesícula biliar y las estructuras diseñadas. Puede ayudar a identificar anomalías o complicaciones asociadas con la colecistectomía (8).

Endoscopia retrograda de colangiopancreatografía (ERCP): Este procedimiento combina la endoscopia y la radiografía para visualizar los conductos biliares y pancreáticos. Se utiliza para detectar y tratar obstrucciones, estenosis o cambios en la estructura de los conductos biliares después de la colecistectomía (7).

El tratamiento de la Síndrome postcolecistectomía varía dependiendo de los síntomas y su gravedad. Puede incluir cambios en la dieta, como evitar alimentos grasos o picantes, comer comidas más pequeñas y frecuentes en lugar de grandes comidas, y evitar el consumo de alcohol y cafeína. En algunos casos, pueden ser necesarios medicamentos para tratar los síntomas específicos, como antidiarreicos, analgésicos o medicamentos para mejorar la digestión (6).

El enfoque terapéutico puede variar dependiendo de los síntomas específicos que presente el paciente. Algunas opciones de tratamiento incluyen:

Modificación de la dieta: Se pueden recomendar cambios en la dieta para aliviar los síntomas digestivos. Esto puede incluir alimentos grasos, picantes o irritantes, así como también reducir el consumo de cafeína y alcohol. Comer comidas más pequeñas y

frecuentes en lugar de grandes comidas puede ayudar a prevenir la distensión abdominal y la formación excesiva de gases (5).

Tratamiento sintomático: En algunos casos, se pueden prescribir medicamentos para controlar los síntomas específicos. Por ejemplo, se pueden utilizar antidiarreicos para tratar la diarrea, analgésicos para el dolor abdominal y medicamentos para mejorar la digestión de los alimentos, como enzimas pancreáticas, en casos de problemas digestivos (8).

Manejo del estrés: El estrés puede empeorar los síntomas del síndrome postcolecistectomía. El manejo del estrés a través de técnicas de relajación, como la meditación, la respiración profunda o el yoga, puede ayudar a reducir los síntomas y mejorar el bienestar general (9).

Evaluación y manejo de complicaciones: Si se identifican complicaciones específicas, como cálculos biliares residuales o estenosis del conducto biliar, puede ser necesario un tratamiento adicional. Esto puede incluir procedimientos endoscópicos, como la extracción de cálculos biliares o la dilatación de los conductos biliares, para aliviar los síntomas y restaurar el flujo normal de la bilis (11).

La permanencia de los síntomas aún después del procedimiento quirúrgico, tiene que ver con una alteración en la fisiología del sistema digestivo, como el desarrollo del reflujo gastroesofágico, reflejo duodeno- gástrico alcalino, lo que lleva a una disfunción con cambios hormonales a nivel del reflejo del esfínter de Oddi, del reflejo colecisto-esofágico y del reflejo colecisto-antral (15).

Pástor et al (7) en su investigación llamada colelitiasis en remanente vesicular: reporte de caso, comenta que la hipertensión arterial y el consumo de fármacos psicoactivos son factores de riesgo para que se establezca el síndrome. Y Márquez et al (16) menciona que existen complicaciones adyacentes al síndrome postcolecistectomía, entre las frecuentes los neuromas, estenosis biliar y granulomas.

Aldama et al (1) en su estudio observacional realizado en el Hospital Nuevo Sanatorio de Durango-México, encontró que la frecuencia con la que se presentó este síndrome fue de 23.1%, lo que indica que es una entidad frecuente, además menciona que los síntomas asociados son la distensión abdominal en un 21.8%, náusea 5,8% , vómito con 0.6% y diarrea con 4.5%. Se podría decir que la etiología principal, es la presencia de los cálculos biliares residuales, cuya incidencia es <2.5%. (14) Según Prieto et al. en Estados Unidos se realizan 700.000 colecistectomías al año, y 600.000 en Reino Unido, y de éstos

aproximadamente el 33% de los pacientes postcolecistectomizados reportan la persistencia de dolor abdominal (15).

En Ecuador el síndrome postcolecistectomía es una patología existente pero no reportada como tal, por lo que no se encontraron datos en cuanto a su incidencia. Un reporte de caso del mismo país, publicado en 2022 por Pastor et al (7) menciona a un paciente con antecedentes de hipertensión arterial y colecistectomía hace 13 años que presentó clínica de meteorismo abdominal, dolor en hipocondrio derecho y dispepsia, en la ecografía se presentaron imágenes litiásicas en el lecho vesicular, y en la resonancia magnética se encontró un remanente vesicular.

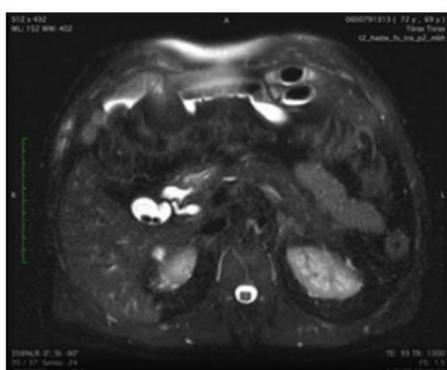


Ilustración 1 Resonancia magnética con litiasis en remanente vesicular



Ilustración 2 Ecografía Abdominal en el que se observa lecho vesicular con imagen anecoica con litos en su interior, correspondiente a conducto cístico dilatado.

Fuente: Pástor Romero SA, Bombón Chico JE, Chimbo Solis EN, Potosí Díaz PA, Araujo Holguín XM, Vásconez Sanchez PE. Colelitiasis en Remanente vesicular: reporte de caso. Rev Vive [Internet]. 2022;5(14):610–8. Available from: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/214>

Diagnóstico imagenológico en síndrome postcolecistectomía.

En una investigación realizada en Colombia, en pacientes con antecedente de colecistectomía laparoscópica, posteriormente en un tiempo entre 3 meses y 7 años, acudieron pacientes a la emergencia hospitalaria por presentar dolor y sensación de masa en abdomen, fueron sometidos a procedimientos diagnósticos de imagen en los que se encontraron en ecografía, imágenes nodulares hiperecogénicas con proyección de sombra acústica posterior, y colecciones peri hepáticas, correspondientes con cálculos abandonados (12).

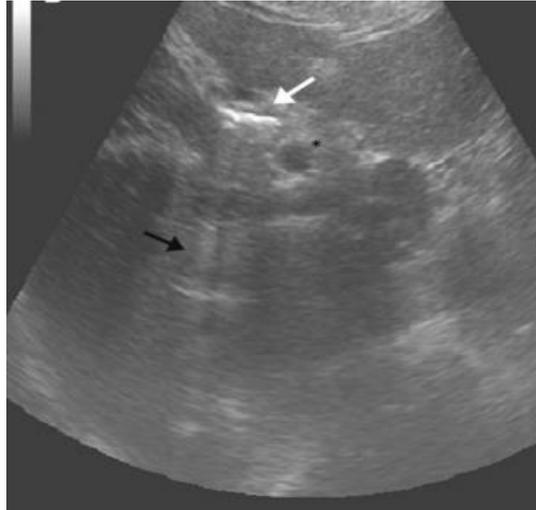


Ilustración 3 Visualización de imágenes hiperecogénicas que proyectan sombra acústica posterior en el interior del colédoco, adyacente al muñón cístico alargado.

Fuente: Medina J, Arribas M. Cystic Duct Remnant Syndrome: Myth or Reality? Elsevier España (Cir Esp) [Internet]. 2017;2:496–7. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-pdf-S2173507714003056>

La ecografía abdominal es el primer eslabón diagnóstico al proceder en la sospecha de un síndrome postcolecistectomía, pero Popescu et al (17). menciona que en un 50% de los casos puede pasar por alto durante el diagnóstico, por lo que recomienda a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica por su alta sensibilidad y especificidad, y agrega que en instituciones en donde no se pueda acceder a ella, se opte por la tomografía axial computarizada.

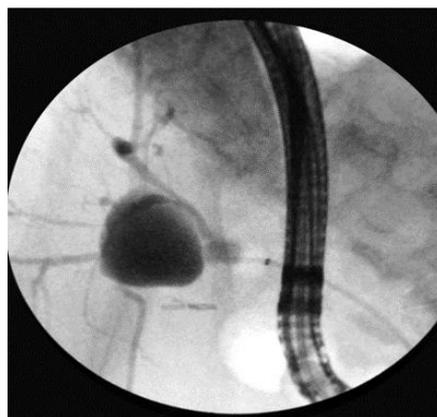


Ilustración 4. Se observa una vesícula residual durante un procedimiento de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica.

Fuente: Popescu RC, Leopa N, Dumitru A, Dan C, Dosa A, Bosneagu R, et al. Residual gallbladder and cystic duct stump stone after cholecystectomy: Laparoscopic management. Chir [Internet]. 2021;116(4):484–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34498567/>

Schofer (18) no está de acuerdo con esa opinión ya que en su artículo síndrome postcolecistectomía de causa biliar, refiere que la tomografía computarizada solo debe de solicitarse en aquellos pacientes que se encuentran en curso de su posoperatorio tardío dentro de las 3 primeras semanas.

El estudio retrospectivo ejecutado por Gupta et al (6) en la India, permitió establecer un algoritmo de manejo, en base a la anatomía encontrada en la colangiopancreatografía por resonancia magnética en pacientes con sintomatología recurrente posterior a la colecistectomía; se definieron como: Anatomía de Calot tipo I, en el que se encuentra el conducto cístico debajo de la bolsa de la vesícula biliar; tipo I A con presencia de la bolsa de la vesícula biliar; tipo I B solo presencia de muñón cístico; Anatomía de Calot tipo II con una vesícula biliar sésil con plano entre la pared medial de la vesícula y el conducto biliar obliterado totalmente.

En un paciente con síndrome postcolecistectomía, al que se encuentre con una anatomía de Calot tipo I, se debe de plantear la posibilidad de realizar una colecistectomía completa, caso contrario con una anatomía de Calot tipo II, una colecistectomía con un muñón remanente de la vesícula biliar (6).

Chowbey et al. refiere que los pacientes con sintomatología persistente requieren de una colecistectomía completa, caso contrario los síntomas empeoran (14).

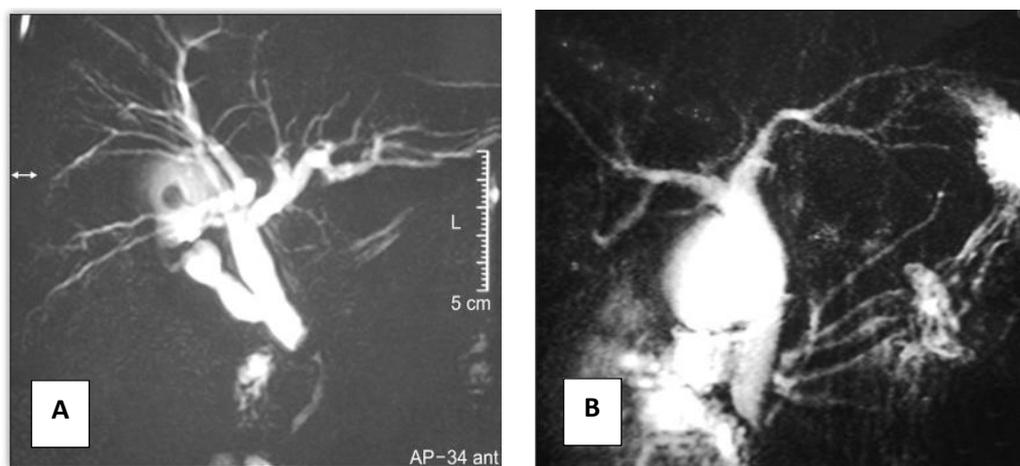


Ilustración 5. Colangiopancreatografía por Resonancia magnética: Imagen A: con Anatomía de Calot tipo I, conducto cístico dilatado; Imagen B: con Anatomía de Calot tipo II

Fuente: Gupta V, Sharma AK, Kumar P, Gupta M, Gulati A, Sinha SK, et al. Residual gall bladder: An emerging disease after safe cholecystectomy. *Ann Hepato-Biliary-Pancreatic Surg* [Internet]. 2019;23(4):353. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31825001/>

En un estudio que tuvo lugar en la Clínica de Cirugía de Constanta en Rumania en el que durante 10 años se recolectaron 14 casos de pacientes con vesícula biliar residual y

cálculo del muñón cístico, la colangiopancreatografía por resonancia magnética, demostró tener una sensibilidad cerca del 100% como herramienta para la identificación de cálculo remanente en el conducto cístico (17). Aunque tanto las estenosis de la vía biliar, como la presencia de los cálculos de gran tamaño son factores que pueden aportar a su fracaso (19).

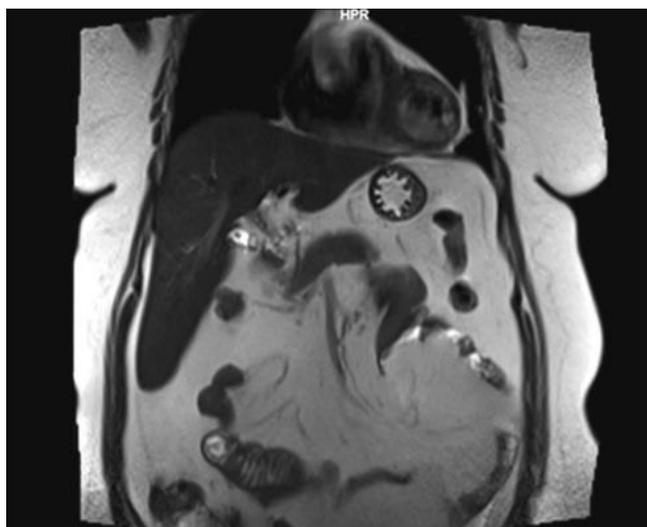


Ilustración 6. Colangiopancreatografía por Resonancia magnética con conducto cístico dilatado con un cálculo *in situ*

Fuente: Popescu RC, Leopa N, Dumitru A, Dan C, Dosa A, Bosneagu R, et al. Residual gallbladder and cystic duct stump stone after cholecystectomy: Laparoscopic management. *Chir [Internet]. 2021;116(4):484–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34498567/>*

Girometti et al (20) dice que la colangiopancreatografía por resonancia magnética se ve limitada al momento de evaluar pacientes con disfunción en el esfínter de Oddi, por lo que recomienda realizar el estudio con secretina, con el objetivo de potenciarlo.

Según refiere Popescu et al (17) la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en manos de personal especializado con experiencia, es un instrumento imprescindible durante el manejo preoperatorio, intraoperatorio y postoperatorio en casos de obstrucción de la vía biliar.

En cuanto a las imágenes preoperatorias, Tonolini et al (21) menciona que la colangiopancreatografía por resonancia magnética realizada antes de la colecistectomía laparoscópica reduce el riesgo de la migración de los cálculos retenidos desde el conducto cístico hacia el conducto colédoco durante el procedimiento quirúrgico, lo que reduciría la presencia de cálculos abandonados.

Chowbey et al (14) nos indica que en un paciente con un estudio ecosonográfico abdominal negativo, se debe de realizar una ecografía endoscópica, ya que ha demostrado tener una sensibilidad del 96.2%, y una especificidad del 88.9% en patologías hepáticas y biliares (14).

Medina et al (16) en su artículo Síndrome del muñón cístico: ¿quimera o realidad?, expone el caso de un paciente cuya ecografía abdominal reportaba presencia de imágenes hiperecogénicas lineales con proyección de sombra acústica posterior en lecho vesicular, por lo que se solicita colangiorenancia en donde se informa la presencia de remanente cístico alargado con evidente dilatación, este algoritmo de manejo diagnóstico concuerda con Schofer (18) quién dice que cuando un ultrasonido es positivo, la colangiorenancia y la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica pueden ser empleados como estudios confirmatorios.

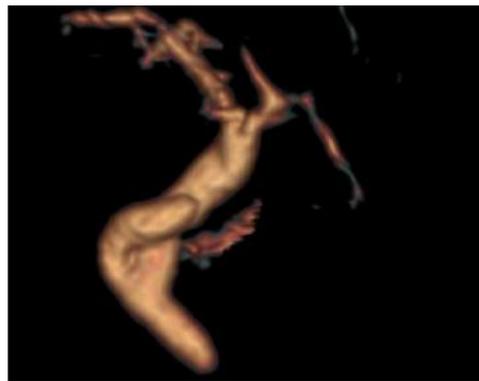


Ilustración 4. Colangiorenancia magnética nuclear con presencia de muñón cístico alargado

Fuente: Medina J, Arribas M. Cystic Duct Remnant Syndrome : Myth or Reality? Elsevier España (Cir Esp) [Internet]. 2017;2:496–7. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-pdf-S2173507714003056>

Una forma de prevenir los cálculos remanentes es que, durante el procedimiento quirúrgico, se defina la unión del conducto cístico o común antes del clipaje y se divida el conducto cístico (14). Popescu et al (17) concuerda con esta recomendación, además agrega que se debe de tomar en cuenta especialmente en aquellos pacientes con antecedentes de pancreatitis e ictericia obstructiva.

En el análisis de una cohorte prospectiva de Prieto et.al (15) se concluye que se requiere de un equipo multidisciplinario formado por médicos cirujanos, médicos internistas, gastroenterólogos, nutricionistas y psicólogos para el manejo de un paciente con síndrome post-colecistectomía.

Complicaciones.

El síndrome postcolecistectomía puede estar asociado con varias complicaciones, que pueden incluir:

Síndrome de dolor abdominal crónico: Algunas personas pueden experimentar dolor abdominal persistente después de la colecistectomía. Este dolor puede ser similar al que se experimentó antes de la cirugía o puede ser de naturaleza diferente. Puede ser causado por problemas en los conductos biliares, lesiones en los tejidos circundantes durante la cirugía, o por otros factores relacionados con la digestión y la función de los órganos abdominales (20).

Diarrea crónica: La extirpación de la vesícula biliar puede alterar la digestión y absorción de las grasas en el intestino delgado, lo que puede llevar a diarrea crónica en algunos pacientes. Esto se debe a la falta de almacenamiento y liberación controlada de la bilis por parte de la vesícula biliar. La diarrea puede ser de consistencia acuosa y puede ocurrir después de las comidas ricas en grasas (21).

Síndrome de intestino irritable (SII): Algunas personas pueden desarrollar síntomas consistentes con el síndrome de intestino irritable después de la colecistectomía. Esto puede incluir cambios en los hábitos intestinales, dolor abdominal, distensión abdominal y sensación de movimiento o ruidos intestinales anormales (22).

Disfunción del esfínter de Oddi: El esfínter de Oddi es un músculo que controla el flujo de bilis y jugo pancreático desde los conductos biliares y pancreáticos hacia el intestino delgado. Después de la colecistectomía, algunas personas pueden experimentar disfunción del esfínter de Oddi, lo que puede causar obstrucción o estenosis de los conductos y provocar síntomas como dolor abdominal, náuseas y vómitos (22).

Complicaciones biliares: En algunos casos, pueden ocurrir complicaciones biliares después de la colecistectomía, como fugas biliares, estenosis o estrechamiento de los conductos biliares, o formación de cálculos biliares residuales. Estas complicaciones pueden requerir tratamientos adicionales, como procedimientos endoscópicos o cirugía adicional (23).

Prevención.

No hay medidas de prevención específicas para el síndrome postcolecistectomía, ya que se trata de una complicación que puede surgir después de la cirugía. Sin embargo, existen

algunas pautas generales que pueden ayudar a reducir el riesgo de desarrollar síntomas persistentes después de la colecistectomía (24). Estas incluyen:

Seguir las indicaciones médicas: Es importante seguir las instrucciones de su médico antes y después de la cirugía. Esto incluye tomar los medicamentos recetados, realizar cambios en la dieta según las recomendaciones y asistir a las citas de seguimiento programadas (25).

Adoptar una alimentación saludable: Una alimentación equilibrada y saludable puede ayudar a promover una buena salud digestiva. Incluye alimentos ricos en fibra, frutas, verduras y granos integrales. Evite el consumo excesivo de alimentos grasos, picantes o irritantes, ya que pueden desencadenar síntomas digestivos (26).

Mantener un peso saludable: El sobrepeso y la obesidad pueden aumentar el riesgo de desarrollar complicaciones después de la cirugía de la vesícula biliar. Mantener un peso saludable a través de una dieta balanceada y ejercicio regular puede ayudar a reducir este riesgo (27).

Evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco: El consumo excesivo de alcohol y el tabaquismo pueden tener un impacto negativo en la salud digestiva. Estos hábitos pueden aumentar el riesgo de complicaciones y retrasar la recuperación después de la cirugía (28).

CONCLUSIÓN.

El síndrome postcolecistectomía es una causa frecuente de dolor abdominal recidivante en pacientes colecistectomizados, más aún en pacientes que padecen de hipertensión arterial y usan psicofármacos.

En la atención primaria en salud, la ecografía abdominal sigue siendo el estándar de oro para la sospecha de patologías vesiculares, porque permite identificar imágenes compatibles con cálculos abandonados, sin embargo, autores concuerdan que en aquellos pacientes en los que no se pueda objetivar alguna imagen de sospecha, se recomiende el empleo de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, ya que ha demostrado tener una sensibilidad del 96.2% y especificidad del 88.9%. Por otro lado, se prefiere a la colangiopancreatografía por resonancia magnética, por su alta sensibilidad cerca del 100%, además por permitir identificar cálculos remanentes en el conducto cístico; así mismo destacan que la tomografía axial computarizada solo debería de realizarse en pacientes que cursen 3 semanas posoperatorias.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aldama LKE, Alberti MP, Sanabria TR. Incidencia del síndrome postcolecistectomía en pacientes adultos. *Acta Médica Grup Ángeles* [Internet]. 2021;19(1):61–6. Available from: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=98572>
2. Littlefield A, Lenahan C. Cholelithiasis: Presentation and Management. *J Midwifery Women's Heal* [Internet]. 2019;64(3):289–97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30908805/>
3. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC). Boletín Técnico Registros Estadísticos de Camas y Egresos. Inec [Internet]. 2022;17. Available from: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Camas_Egresos_Hospitalarios/Cam_Egre_Hos_2021/Boletín_técnico_ECEH_2021.pdf
4. Zarate, A J. Torrealba, B. Patiño, M. Alvarez MR. Colelitiasis Dr. AJ. Zarate et al. *Man enfermedades Dig quirúrgicas* [Internet]. 2018;1–6. Available from: <https://medfinis.cl/img/manuales/colelitiasis.pdf>
5. Alexander HC, Bartlett AS, Wells CI, Hannam JA, Moore MR, Poole GH, et al. Reporting of complications after laparoscopic cholecystectomy: a systematic review. *Hpb* [Internet]. 2018;20(9):786–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29650299/>
6. Gupta V, Sharma AK, Kumar P, Gupta M, Gulati A, Sinha SK, et al. Residual gall bladder: An emerging disease after safe cholecystectomy. *Ann Hepato-Biliary-Pancreatic Surg* [Internet]. 2019;23(4):353. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31825001/>
7. Pástor SA, Bombón JE, Chimbo EN, Potosí PA, Araujo XM, Vásquez PE. Colelitiasis en Remanente vesicular: reporte de caso. *Rev Vive* [Internet]. 2022;5(14):610–8. Available from: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/214>
8. Jones M, Hannoodee S, Young M. Anatomía , Abdomen y Pelvis : Vesícula Biliar Introducción Suministro de sangre y linfáticos Consideraciones quirúrgicas Embriología Significación clínica Información del autor y afiliaciones Preguntas de revisión [Internet]. 31 October. 2022. p. 4–6. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459288/?report=reader#_NBK459288

pubdet

9. Gallego S, Domingo R, Rico T, Diego IA, Molina Terrón E, Gonzalo Domínguez M, et al. Colecistitis aguda y sus múltiples caras en la imagen. Febrero [Internet]. 2020;1:13–21. Available from: <https://www.saludcastillayleon.es/CAZamora/es/publicaciones/revista-nuevo-hospital-2020/nuevo-hospital-2020-febrero-xvi-1/gallego-garcia-s-tabernero-rico-rd-alonso-diego-i-molina-te.ficheros/1547788-NUEVO>
10. Cárdenas ,M. Colecistitis aguda alitiásica. Med Clin (Barc) [Internet]. 2018;84(16):663–6. Available from: <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/128>
11. Sanabria G, Rolón MB. Estudio comparativo de hallazgos ecográficos y post operatorios en pacientes colecistectomizados en el Servicio de Cirugía General del Hospital de Clínicas . Comparative study of ultrasound and postoperative findings in. 2021;16(1):21–31. Available from: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1996-36962021000100021
12. Pérez JM, Brito A, Pérez C, Forero J, Cifuentes Grillo PA, Cabrera Riascos EY, et al. Hallazgos imagenológicos en cálculos abandonados en cavidad abdominal después de colecistectomía laparoscópica: Serie de 7 casos y revisión de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2017;32(3):274–82. Available from: <https://revistagastrocol.com/index.php/rcg/article/view/159/169>
13. Lamberts MP, Den Oudsten BL, Gerritsen JJGM, Roukema JA, Westert GP, Drenth JPH, et al. Prospective multicentre cohort study of patient-reported outcomes after cholecystectomy for uncomplicated symptomatic cholecystolithiasis. Br J Surg [Internet]. 2015;102(11):1402–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26201942/>
14. Chowbey P, Soni V, Sharma A, Khullar R, Baijal M. Residual gallstone disease - Laparoscopic management. Indian J Surg [Internet]. 2010;72(3):220–5. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3452661/>
15. Prieto RG, Moreno C, Guevara ÓA, Prieto JE. Post-cholecystectomy syndrome: Descriptive analysis of a prospective cohort. Rev Colomb Cir [Internet]. 2023;38(2):313–22. Available from: <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/download/2274/1896>
16. Márquez J, Medina J, Martínez Y, et al. Cystic Duct Remnant Syndrome : Myth or

- Reality? Elsevier España (Cir Esp) [Internet]. 2017;2:496–7. Available from: <https://www.elsevier.es/en-revista-cirugia-espanola-english-edition--436-pdf-S2173507714003056>
17. Popescu RC, Leopa N, Dumitru A, Dan C, Dosa A, Bosneagu R, et al. Residual gallbladder and cystic duct stump stone after cholecystectomy: Laparoscopic management. *Chir* [Internet]. 2021;116(4):484–91. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34498567/>
 18. Schofer JM. Biliary causes of postcholecystectomy syndrome. *J Emerg Med* [Internet]. 2010;39(4):406–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18722735/>
 19. Jiang C, Liu X, Li S, Wu G, Wang G, Wang M. Laparoscopic treatment of a recurrent biliary stone forming around a Hem-o-lok clip in a patient with previous gastrectomies Case report. *Med (United States)* [Internet]. 2021;100(38). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8462576/>
 20. 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* [Internet]. 2010;83(988):351–61. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20335441/>
 21. Tonolini M, Ierardi AM, Patella F, Carrafiello G. Early cross-sectional imaging following open and laparoscopic cholecystectomy: a primer for radiologists. *Insights Imaging* [Internet]. 2018;9(6):925–41. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6269337/>
 22. Isherwood J, Oakland K, Khanna A. A systematic review of the aetiology and management of post cholecystectomy syndrome. *The surgeon: journal of the Royal Colleges of Surgeons of Edinburgh and Ireland* [Internet]. 2019 Feb;17(1):33–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29730174>
 23. Alotaibi AM. Post-cholecystectomy syndrome: A cohort study from a single private tertiary center. *Journal of Taibah University Medical Sciences* [Internet]. 2023;18(2):383–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2022.10.004>
 24. Li Y-D, Liu B-N, Zhao S-H, Zhou Y-L, Bai L, Liu E-Q. Changes in gut microbiota composition and diversity associated with post-cholecystectomy diarrhea. *World journal of gastroenterology* [Internet]. 2021 Feb 7;27(5):391–403. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33584071>

25. Mahfouz MEM, Altowairqi ADM, Alghamdi HY, Alzahrani MSZ, Alqurashi AK, Alhuraity TH, et al. Prevalence and Factors Associated With Post-Cholecystectomy Syndrome in Saudi Arabia. *Cureus* [Internet]. 2022 Dec 22;14(12):6–15. Available from: <https://www.cureus.com/articles/127689-prevalence-and-factors-associated-with-post-cholecystectomy-syndrome-in-saudi-arabia>
26. Treider M, Ohnesorge S, Bjørnland K. Post-cholecystectomy syndrome in pediatric patients: Occurrence and spectrum of symptoms. *Journal of Pediatric Surgery* [Internet]. 2023;58(3):564–7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpedsurg.2022.07.011>
27. Saleem S, Weissman S, Gonzalez H, Rojas PG, Inayat F, Alshati A, et al. Post-cholecystectomy syndrome: a retrospective study analysing the associated demographics, aetiology, and healthcare utilization. *Translational Gastroenterology and Hepatology* [Internet]. 2021 Oct;6:58–58. Available from: <https://tgh.amegroups.com/article/view/5792/html>
28. Borz-Baba C, Levy DA, Cohen ME. Post-Cholecystectomy Mirizzi Syndrome: A Case Report and Review of the Literature. *The American journal of case reports* [Internet]. 2019 Sep 1;20:1290–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31473761>