

Imágenes en cirugía general

Estudio íntegro por imagen de una litiasis enclavada en el conducto cístico.

Full imaging study of a stone embedded in the cystic duct.

Pérez Naranjo P, Pérez Naranjo C

Hospital Universitario Clínico San Cecilio. Granada.
Hospital Regional Universitario de Málaga. Málaga.

RESUMEN

Lo destacable de este caso clínico es la aportación desde el punto de vista del diagnóstico por imagen que nos permite estudiar una litiasis enclavada en el conducto cístico desde estudio de sonografía, tomografía computarizada (TC) y colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM) en un varón de 74 años tras cuadro de dolor abdominal inespecífico.

Palabras clave: litiasis, conducto cístico, ecografía, TC, CPRM.

ABSTRACT

The significant about this clinical case is the contribution of diagnostic imaging that allows us to study a gallstone blocking the cystic duct from an ultrasound study (US), computed tomography (CT) and magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP) in a nonspecific abdominal pain in a 74-year-old male.

Key words: lithiasis, cystic duct, ultrasound, CT, MRCP.

CASOS CLÍNICOS

Se presenta el caso de un varón de 74 años de edad sin antecedentes clínicos destacables, que consultó al servicio de urgencias por cuadro de cuatro días de evolución de dolor abdominal generalizado asociado a sensación febril no termometrada con náuseas y vómitos en los últimos días.

CORRESPONDENCIA

Paula Pérez Naranjo
Hospital Universitario Clínico San Cecilio
18016 Granada
paula.perez.naranjo@gmail.com

XREF

CITA ESTE TRABAJO

Pérez Naranjo P, Pérez Naranjo C. Estudio íntegro por imagen de una litiasis enclavada en el conducto cístico. Cir Andal. 2023;34(1):88-90. DOI: 10.37351/2021341.17.

En la exploración física se evidenció un abdomen blando y depresible con dolor a la palpación profunda en hipocondrio derecho, con ruidos intestinales presentes a la auscultación y sin signos de irritación peritoneal.

Análiticamente destacó: proteína C reactiva 31,3 mg/dl, con hemograma y coagulación dentro de límites normales.

La radiografía de abdomen no mostraba alteraciones significativas.

Debido a la persistencia del cuadro clínico a pesar del tratamiento analgésico en urgencias se llevó a cabo una ecografía abdominal como despistaje del dolor evidenciándose una vesícula biliar hidrópica de grosor parietal normal, con litiasis de 2 cm enclavada en la confluencia del cístico (Figura 1) con el conducto hepático común, sin signos de colecistitis aguda. Estos hallazgos se asocian con dilatación de la vía biliar intra y extrahepáticas, con colédoco aumentado de hasta 1,6 cm en su tercio medio, sin poder determinar causa obstructiva por abundante interposición de gas.



Figura 1

Ecografía de abdomen donde se visualiza imagen lineal hiperecogénica con sombra acústica posterior enclavada en el cuello vesicular compatible con litiasis a nivel del conducto cístico.

Valorado por el Servicio de Digestivo tras dichos hallazgos ecográficos y ante la estabilidad clínica del paciente se decidió estudio programado con TC de abdomen con contraste y colangiografía para mejor caracterización.

El TC abdominopélvico con contraste iv confirma los hallazgos en ecografía objetivando una vesícula biliar de paredes finas con una litiasis de 2 cm enclavada en cuello vesicular adyacente a la confluencia del conducto hepático común y el colédoco (Figura 2).

Del mismo modo en la CPRM se observó una vesícula biliar de grosor parietal normal con litiasis enclavada en conducto cístico de 2 cm, sin signos de complicación (Figura 3). Se asocia marcada dilatación de vía biliar intra y extrahepática con colédoco de hasta 18 mm en hilio que se afila progresivamente en su segmento distal sin

evidencia de coledocolitiasis ni focos de restricción en la región de la papila que sugieran otras causas obstructivas.

Se realizó posteriormente CPRE y colecistectomía laparoscópica con resolución del cuadro clínico.

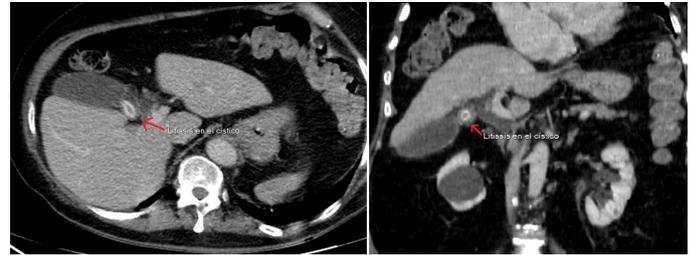


Figura 2

Reconstrucciones axial y coronal de TC abdominopélvico con contraste i.v. adquirido en fase portal. Imagen hiperdensa compatible con litiasis en el conducto cístico (flechas rojas).

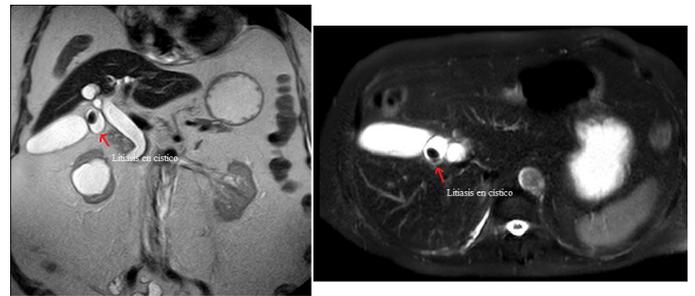


Figura 3

RM de abdomen sin contraste iv corte coronal en T2 y corte axial T2 SPAIR. Se identifica imagen marcadamente hipointensa en secuencia pT2 y pT2 SPAIR de 2 cm a nivel del conducto cístico compatible con litiasis (flechas rojas).

DISCUSIÓN

El conducto cístico se encarga de transportar la bilis desde la vesícula a la vía biliar extrahepática conformando el colédoco al unirse con el conducto hepático común¹.

Las variantes anatómicas son frecuentes y normalmente estas alteraciones no suponen ninguna repercusión clínica, sin embargo el no conocer estas variantes anatómicas puede causar confusión en los estudios de imagen dificultando así un diagnóstico correcto^{1,2}.

La patología del conducto cístico incluye litiasis, síndrome de Mirizzi, fístulas con duodeno, neoplasias y colangitis esclerosante primaria, entre otras.

Existen múltiples modalidades de estudio de imagen que nos permiten estudiar la anatomía normal así como del mismo modo estudiar en profundidad los procesos de enfermedad en el conducto cístico incluyendo la ecografía, la TC y la CPRM^{2,3}.

El 95% de los problemas de colecistitis son causadas por obstrucción de piedras en el conducto císticos, sin embargo litiasis de <3 mm pueden pasar fácilmente por este conducto, sin repercusión clínica para el paciente^{2,3}.

Los pacientes suelen presentar cólico biliar, descrito como dolor de inicio agudo en el cuadrante superior derecho del abdomen o epigastrio causado por una breve impactación del cálculo biliar en el cuello de la vesícula biliar¹.

La ecografía se trata del estudio de imagen inicial recomendado para la mayoría de pacientes con sospecha de cálculos biliares o complicaciones de los mismos, al tratarse de una prueba económica, no invasiva, sin exposición a la radiación y sensible para la detección de litiasis biliares². Presentan una alta especificidad (> 98%) y sensibilidad (> 95%) para identificar cálculos biliares; sin embargo, a veces estos cálculos en el conducto cístico no son demostrables en el plano ecográfico longitudinal de la vesícula biliar³:

En el caso de resultados ecográficos negativos o equívocos se debe considerar el uso de la tomografía computarizada ya que nos aporta mejor resolución espacial³.

A diferencia de la ecografía y la TC, que proporcionan información anatómica sobre la vesícula biliar y el conducto cístico, la CPRM proporciona información funcional sobre la permeabilidad del conducto cístico³. Se trata de un estudio con alta sensibilidad y especificidad para la detección de cálculos biliares. De acuerdo con las pautas del American College of Radiology de 2010, la resonancia magnética se recomienda como un estudio de imagen secundario si la ecografía no da como resultado un diagnóstico claro de colecistitis aguda o cálculos biliares³.

BIBLIOGRAFÍA

1. Tazuma S. Gallstone disease: Epidemiology, pathogenesis, and classification of biliary stones (common bile duct and intrahepatic). *Best Pract Res Clin Gastroenterol.* 2006;20(6):1075-83.
2. Turner MA, Fulcher AS. The cystic duct: normal anatomy and disease processes. *Radiographics* 2001;21(1):3-22.
3. Abraham S, Rivero HG, Erlikh IV, Griffith LF, Kondamudi VK. Surgical and nonsurgical management of gallstones. *Am Fam Physician.* 2014 May 15;89(10):795-802.