EL MUÑON CISTICO RESIDUAL

Dr. ENRIQUE ALBA

La consideración del muñón cístico como entidad patológica, tiene treinta y pocos años. Su capacidad patógena se relaciona, por un lado, con su eventual dilatación cavitaria con o sin cálculos y, por el otro, con las posibilidades de alteraciones evolutivas de la cicatriz de su ligadura.

Tenemos, por lo tanto, dos entidades distintas:

a) El muñón cístico patológico por su cavidad residual.
b) El muñón cístico patológico por alteraciones de su cicatriz.

A) EL MUÑON CAVIDAD

Si al realizar la colecistectomía se deja un cístico largo o un fragmento de vesícula, se comprende que la presencia de una cavidad eventualmente infectada y alternativamente cerrada por las persistentes válvulas de Heister, mantiene las condiciones naturales para el desarrollo de la patología litiásica en un órgano diverticular, ya sea por formación de nuevos cálculos o por la evolución de los circunstancialmente dejados en el conducto. El encadenamiento de lesiones que potencialmente pueden originarse a punto de partida de esta situación, en principio no difiere de lo que ocurre con la litiasis vesicular y tiene todas sus posibilidades evolutivas.

B) EL MUÑON CICATRIZ

Menos objetivable es la explicación de la patologia del muñón cístico como consecuencia de las alteraciones de su cicatriz. Sin embargo, existe una importante documentacion anatomopatológica de muñones resecados, en los que se encontraron nódulos con proliferación de tejido fibroso y regeneración nerviosa, que recuerdan la forma clásica del seudoneuroma de

amputación o granulomas inflamatorios inespecíficos desarrollados alrededor de hilos vegetales de la ligadura del cístico. Los enfermos liberados de estas cicatrices patológicas vieron desaparecer sus sufrimientos, cuya causa sería la disminución del umbral de estimulación de las terminaciones o troncos nerviosos englobados en la cicatriz patológica.

SINTOMATOLOGIA CLINICA

El estudio de los casos tratados ha mostrado una sintomatología muy poco característica; no sólo inciden las dos entidades lesionales, de hecho distintas (cavidad, cicatriz), sino los otros procesos secuelares habitualmente asociados. Sin embargo, vale la pena destacar algunos puntos:

1) El protocolo operatorio de la colecistectomía documenta, en general, importantes dificultades quirúrgicas derivadas del propio enfermo (colecistitis aguda, vesícula escleroatrófica de difícil disección, anomalías vasculares o de las vías biliares del pedículo) o derivadas de la eficiencia del equipo quirúrgico o del medio (anestesia, cirujano, ayudantes, instrumental, etc.).
2) Habitualmente existe un período libre de síntomas de tres o cuatro años, entre la colecistectomía y la reiniciación del sufrimiento, el que a su vez cursa con etapas de actividad y de calma y es similar al anterior a la colecistectomía.
3) El dolor predomina como síntoma, ya sea bajo forma de dispepsia o de cólico biliar.
4) Puede haber ictericia, a veces de difícil explicación.
5) Un caso nuestro se acompañó de fístula biliar.

El examen físico carece de valor diagnóstico.

RADIOLOGIA

Si el enfermo está anictérico y se logra un contraste de la vía biliar principal, la colangiografía intravenosa puede dar datos categóricos.

Las modificaciones de orientación del colédoco, su angulación o la disminución sectorial de su calibre, pueden estar en relación con las alteraciones retráctiles de la cicatriz de la ligadura; pero estos datos son poco característicos y cursan muchas veces sin síntomas, por lo que carecen, por ahora, de significación.

La colangiografía es soberana cuando puede objetivar una cavidad residual; nos muestra su forma, sacular o cilíndrica, su longitud y, sobre todo, si está habitada por cálculos. Nos informa además sobre su ubicación en el pedículo, dato de suma importancia con vistas a la reintervención. En ese sentido nos ha ayudado la toma de una placa de perfil que ha permitido la visualización de un muñón retrocoledociano, invisible por superposición en las tomas frontales.

Como veremos después, la objetivación radiológica de un muñón cístico largo sin cálculos, no tiene por sí significado patológico.

SONDEO DUODENAL

Este medio de exploración no nos ha proporcionado datos de valor específico.

LA INTERVENCION

Como en toda reintervención, la disección es laboriosa y la búsqueda del muñón del cístico suele ser, no sólo difícil, sino riesgosa, porque es necesario explorar un pedículo hepático en un ambiente cicatrizal y localizar un pequeño fragmento de dudoso reconocimiento, en general envuelto en un tejido esclerososo y con adherencias epiploicas, duodenales o colónicas.

Situación.— Los lugares habituales de hallazgo del muñón son (fig. 1):

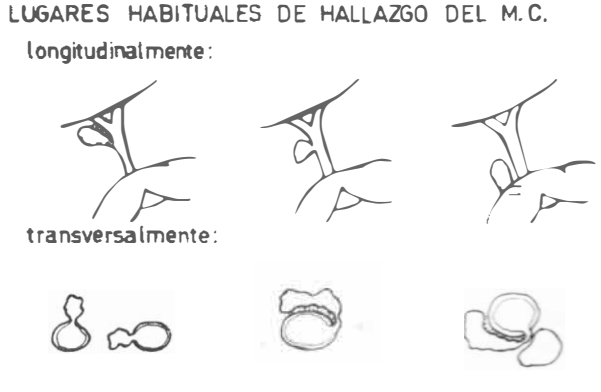

Fig. 1.

longitudinalmente:

1) a 1 ó 2 cm. por encima del borde superior del duodeno;
2) en la confluencia de los hepáticos, densamente adherido a la cara inferior del hígado;
3) retroduodenal, oculto por la primera o segunda porción, variablemente fijado al parénquima pancreático;

transversalmente:

1) en la cara anterior o en el borde derecho del colédoco;
2) cruzando la cara anterior del colédoco a la que adhiere, y yendo a desembocar en su borde izquierdo;
3) en la cara posterior del colédoco, peligrosamente, entre éste y la porta.

Forma y tamaño.— Cuando se trata de un muñón sin cavidad, está constituido por una masa densa, sin forma propia, de muy dificultosa individualización, en general pequeña, entre 4 y 8 mm. de diámetro.

El muñón cavitario, sacular o cilíndrico, es muy variable en su tamaño; los hemos encontrado desde 5 por 20 mm. hasta de 20 por 50 mm. Si el hallazgo del muñón no se obtiene en las primeras tentativas, acostumbramos a hacer una coledocotomía que, por otra parte, se impone siempre, y nos valemos de los procedimientos siguientes para tratar de localizar el muñón.

1) Con un explorador de cístico intentamos enhebrar, desde la cara interna del colédoco, el orificio de desembocadura del cístico, cosa que a veces se logra (fig. 2).
2) Realizamos una colangiografía peroperatoria, que puede mostrarnos un muñón que no visualizó la intravenosa preoperatoria.
3) Inyectamos suero intracoledociano a moderada presión, que a veces permite percibir la distensión cavitaria.

En una oportunidad pudimos encontrar con la colangiografía peroperatoria, un muñón retroduodenal que pasó desapercibido en una reintervención anterior y que sólo pudo ser individualizado después de su exposición, mediante el decolamiento duodenopancreático (fig. 3).

En general hacemos preceder estas maniobras de un reconocimiento de los trayectos vasculares del pedículo, sobre todo de la arteria hepática y sus ramas, cuyas anomalías pudieron ser el origen de la intervención incompleta anterior.

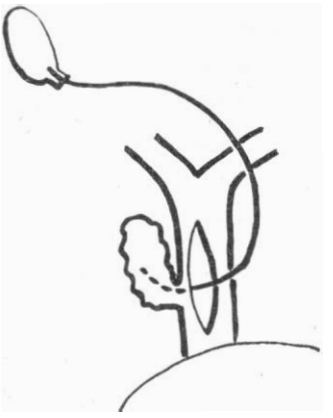

Fig. 2.

Fig. 3.

Después de localizado el muñón y sobre todo si tiene cálculos, con una cuidadosa disección, en general puede ser extirpado sin mayores riesgos. Una dificultad particular ofrece la disposición en caño de fusil o su adherencia íntima al colédoco. En estos casos hemos extirpado la parte libre del conducto, abandonando el sector adherido al colédoco, previo curetaje de la mucosa. Aprovechamos el orificio císticocoledociano para drenar la vía biliar principal (fig. 4).

Fig. 4.

Un tiempo insoslayable en estas intervenciones es la exploración minuciosa coledocopancreaticoduodenal con vistas al tratamiento de la posible patología asociada, que a veces puede ser la fundamental.

LA ANATOMIA PATOLOGICA

Incluimos algunas microfotografías de cortes histológicos de los muñones císticos resecados.

Figura 5: Este preparado muestra una vista panorámica de los tejidos extirpados. Se distingue la gruesa pared con hiperplasia inflamatoria crónica de la cavidad cística. También se observan hilos vegetales de ligadura. Estos hilos están en la inmediata vecindad de un vaso de paredes aplastadas y cavidad parcialmente obliterada aún no penetrada por la reacción gra-

Fig. 5.

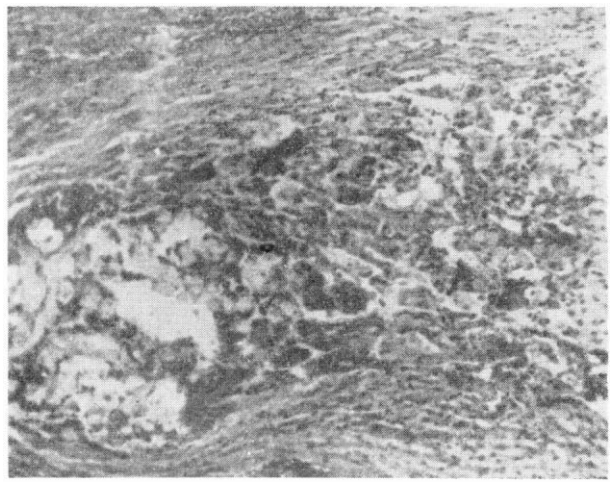

Fig. 6.

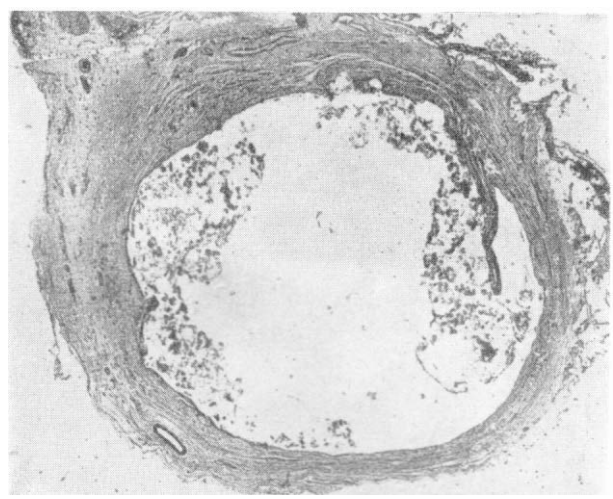

Fig. 7.

nulomatosa de organización y fagocitosis que aparece muy poco activa. El próximo preparado es una toma a gran aumento del mismo corte.

Figura 6: Se aprecia claramente la sección transversal de los hilos vegetales penetrados por el proceso granulomatoso con células gigantes multinucleadas.

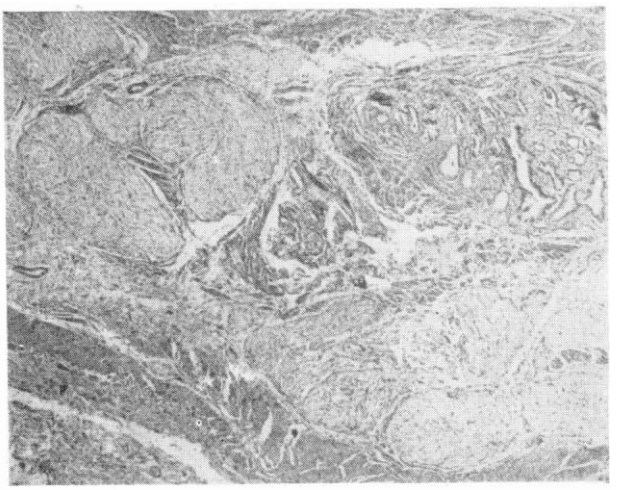

Fig. 8.

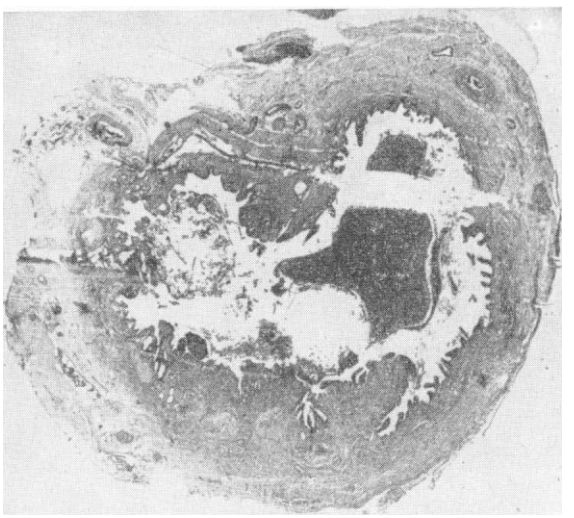

Fig. 9.

Figura 7: Este es un corte transversal de un munon cístico habitado por una masa litiásica. La pared del conducto no ofrece alteraciones y en su cavidad aparece el estroma orgánico del cálculo que la ocupaba.

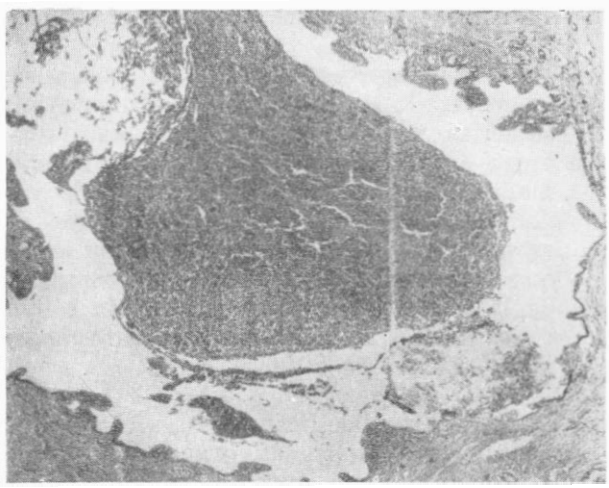

Fig. 10.

Figura 8: En este ángulo superior derecho del preparado se ven restos glandulares vestigiales de una pared canalicular. El resto del campo muestra un seudoneuroma de amputación con las típicas características del proceso inespecífico.

Figura 9: Aquí podemos ver el corte de un conducto biliar que por su tamaño debe corresponder al bacinete o al cuello vesicular. Muestra la pared engrosada por la hiperplasia fibrosa del proceso inflamatorio crónico. En su interior aparece un abundante tejido de granulación y exudado purulento, testimonio de la actividad inflamatoria del remanente resecado, así como hilos vegetales no reabsorbidos.

Figura 10: Este último muestra a gran aumento el contenido de exudación purulenta y dos hilos más en la cavidad.

SIGNIFICACION PATOLOGICA DEL MUÑON CISTICO RESIDUAL

1) Existe una entidad clínica, claramente individualizable como secuela de una colecistectomía incompleta, constituída por la persistencia de un fragmento dilatado de cístico o de vesícula.

En esta afirmación, conviene precisar:

a) que cuando ese remanente dilatado está habitado por cálculos, es francamente patológico y tiene las mismas posibilidades evolutivas que una vesícula li-

tiásica, ya sea que los cálculos hayan sido dejados cuando la colecistectomía, o se hayan formado después;

b) que la colangiografía intravenosa postcolecistectomía ha mostrado la existencia de muñones císticos persistentes, largos y aun dilatados, sin síntomas;

c) que entre estos dos extremos existen situaciones intermediarias donde es difícil estimar la responsabilidad de un cístico remanente dilatado en la recurrencia postoperatoria de los síntomas, ya sea porque esa dilatación signifique un simple testimonio de la alteración asociada de la vía biliar principal o porque los sufrimientos del enfermo se deban a otras lesiones no biliares.

2) La patología inespecífica de la cicatriz alterada del munon del cístico (pseudoneuromas, granulomas por cuerpo extraño) ha sido reiteradamente comprobada por la anatomía patológica y por la supresión de los síntomas después de su extirpación.

3) La frecuencia real de su hallazgo, relativa al número de reintervenciones postcolecistectomías, es muy difícil de estimar a punto de partida de los informes dispares que poseemos. Nosotros tenemos documentados 16 casos de muñones resecados, incuestionablemente responsables de la recurrencia del sufrimiento postoperatorio.

4) Por último, entendemos que en toda reintervención exploradora postcolecistectomía debe incluirse la búsqueda del muñón cístico patológico y realizarse su extirpación por su patología actual o futura.

BIBLIOGRAFIA

ALBA, E.— "El problema del muñón cístico". Tesis de Doctorado. Montevideo, 1957.

BARLET, M. K. and QUINCEY, W. C.— Surgery of the Biliary Tract. "N. England J. M.", 11: 256; 1957.

BAUER, W. B.— Post-cholecystectomy Complications due to Incomplete Removal of gallbladder and Cystic Duct: Report of Case so called Reformed Gallbladder. "A. M. A. Arch. of Sug.", 63: 612; 1951.

BENZADON, J.—"Síndrome postcolecistectomía. "Día Médico". Bs. As., 31: 1303; 1959.

BEYE, H. L.— Conditions necessitanting Surgery following Cholecystectomy. "Surg. Gyn. and Obst.". 62: 191; 1936.

BRAASCH, J. W.— Secondary Biliary Tract Procedures. "Surg. Clin. N. Amer.", 40: 705; 1960.

BROWN, M. J.— The Disease Cystic Duct Remnant. "Arch. Surg.", 79: 304; 1959.

CASSINELLI, J. F. "Sobre el granuloma por hilos quirúrgicos en el muñón cístico residual. Reintervenciones en cirugía". 19ª Sesión para Graduados. Clín. Quir. Prof. J. C. del Campo, Montevideo. 1957.

CATTEL, R. B. and VILLE, J. "Arch. of Surg.", 83: 248; 1961.

COHN, R. and HIBNER, R. The Cystic Duct Remnant. "Amer. J. Sur.", 98: 296; 1959.

COWLEY, L. L. and WOOD, V. "Arch. Surg.", 159: 465; 1964.

CHATTAS, E.— A propósito de los muñones císticos residuales. "Lyon Chir." 60: 224; 1964.

FIGUEROA, M. A. Síndrome postcolecistectomía. "XXXVI Congreso Argentino de Cirugía". Mar del Plata, 1965, fasc. I, pág. 159.

GARLOCK, J. H. and HURWITT, E.— The Cystic Duct Stump Syndrome. "Surgery", 9: 833; 1951.

GLENN, F. and JOHNSONN, J.— Cystic Duct Remnant, a Sequela of Incomplete Cholecystectomy. "Surg. Gyn. and Obst.", 101: 331; 1951.

GLENN, F. and WHITSELL, J. C.— The Surgical Treatment of Cystic Duct Remnants. "Surg. Gyn. and Obst.", 113: 711; 1961.

GOHRBANT, E.— Gibt e eine Heubildug de Gallenblase. "Arch. Fuer. Klinisch Chir.", 145: 286; 1927.

GRAY, H. and SHARPE, W. Biliary Diskinesie; Role played by Remnant of Cystic Duct. "Proc. Staph Meet. Mayo Clin.", 19: 164; 1944.

HENRY, E. y col. Les Reinterventions sur la Voie Biliare Principale par Recidive aprés Colecistectomie. "Marseille Chir.", 7: 137; 1955.

HICKEN, N.; WHITE, L. and COPAY, B.— Incomplete Removal of the Cystic Duct as a Factor in producing post Cholecystectomy Complications. "Surgery", 21: 369; 1947.

LOYARTE, M. Secuelas orgánicas de la colecistectomía. "El Día Médico". Bs. As., Edic. Quir. Nº 96, 30-XII-63.

METTLER, E.; BARBERIS, C.; SALAMAA y ROSSAI, J.— Síndrome postcolecistectomía. Neuroma de amputación del cístico. "Revista Argentina de Cirugía", 8: 93; 1965.

MIRIZZI, P. L.—"Memoires de l'Academie de Chir. de Paris". Oct. 1956.

MORTON, C. B.— Post Cholecystectomy Symptoms due to Cystic Duct Remnant. "Surgery", 24: 779; 1948.

PALAGIANO, V.— Amputation Neuroma of the Cystic Duct. "Acta Chir. Italiana", 19: 581; 1963.

PALMA, F.— Funciones del conducto cístico en la cirugía del colédoco. "Revista Clínica Española", 86: 402; 1962.

SALZER, G. The Long Cystic Duct Stump, a Cause of post Cholecystectomy Syndrome. "Langenbeck Arch. Klin. Chir.", 299: 560; 1962.

VELASCO SUAREZ, C. y col.— "Bol. Soc. Cir. Bs. As.", 47: 565; 1963.

ZUBIAURRE, L. y CAPANDEGUY, E. "Radiología del operado biliar. Reintervenciones en cirugía". 19ª Sesión para Graduados. Clín. Quir. Prof. J. C. del Campo, Montevideo. 1957.