

LA COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA TAMBIÉN SE COMPLICA. HALLAZGOS POR RESONANCIA MAGNÉTICA

O. Martínez Roca, J. Barrios Pereira, C. A. Mariluis,
O. R. Montaña.

Departamento de Imágenes,
DIM Centros de Diagnóstico, Ramos Mejía,
Provincia de Buenos Aires, Argentina



Institución Afiliada a la UBA



Sede DIM

Carrera de Médico Especialista
en Diagnóstico por Imágenes

OBJETIVO

Describir e interpretar los hallazgos por resonancia magnética (RM) de las complicaciones poscolecistectomía laparoscópica (PCLP) y su posible etiología y/o factores predisponentes.

REVISIÓN DEL TEMA

- El abordaje laparoscópico de la patología de la vía biliar ha demostrado ventajas sobre la vía convencional.
- No se encuentra exenta de complicaciones.
- 3 de cada 100 pacientes sometidos a CLP son reintervenidos.



Figura 1. Imagen de RM secuencia T2 identificándose vesícula biliar multilobulada. (Cabeza de flecha blanca).

REVISIÓN DEL TEMA

- Para la evaluación de las complicaciones PCLP se usa ecografía, tomografía computada y colangio-RM.
- La colangio-RM es el método más sensible y específico.
- Se presentan las complicaciones y sus hallazgos por RM.

HEMATOMA

- Lesión vascular con > frecuencia de afectación en la arteria cística o hepática derecha.
- La intensidad de señal dependerá del tiempo de evolución.



Figura 2. Paciente de 57 años, PCLP en día 45. Asintomático. RM plano axial T1 (a) y T2 (b). Hematoma subcapsular en segmentos hepáticos VI y VII. (Cabezas de flecha blanca).

ABSCESO

- Generalmente son consecuencia de hemorragia y/o extravasación de bilis.
- Suelen ser solitarios y bien definidos.
- Hiperintensos en secuencia T2 e hipointensos en T1, con el contraste EV presentan realce periférico.



Figura 3. Paciente de 49 años, PCLP en día 20. Presenta fiebre, dolor abdominal y leucocitosis. RM plano axial T2. Colección única abscedada con nivel. **(Cabeza de flecha negra).**

FISTULAS BILIARES

- Se observan trayectos con contenido líquido en lecho vesicular y subhepático.
- Hiperintensos en secuencia T2. Suelen ser transitorias.

FUGAS BILIARES

Usualmente secundarias a lesiones del muñón, del conducto cístico o dehiscencia de suturas. Drena bilis, se encapsula y forma **BILIOMA**.

FUGAS BILIARES

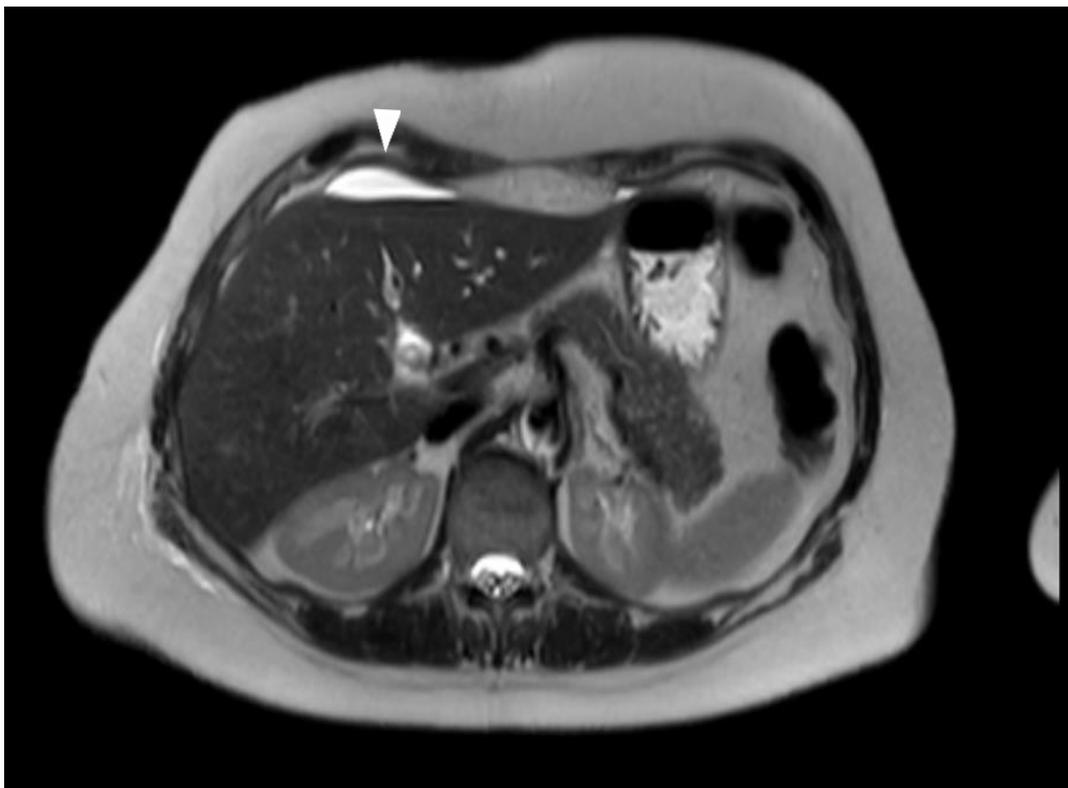


Figura 4. Paciente de 60 años, PCLP en día 60. **a.** RM plano axial T2. Imagen líquida laminar perihepática compatible con fuga biliar. **(Cabeza de flecha blanca).**

FUGAS BILIARES

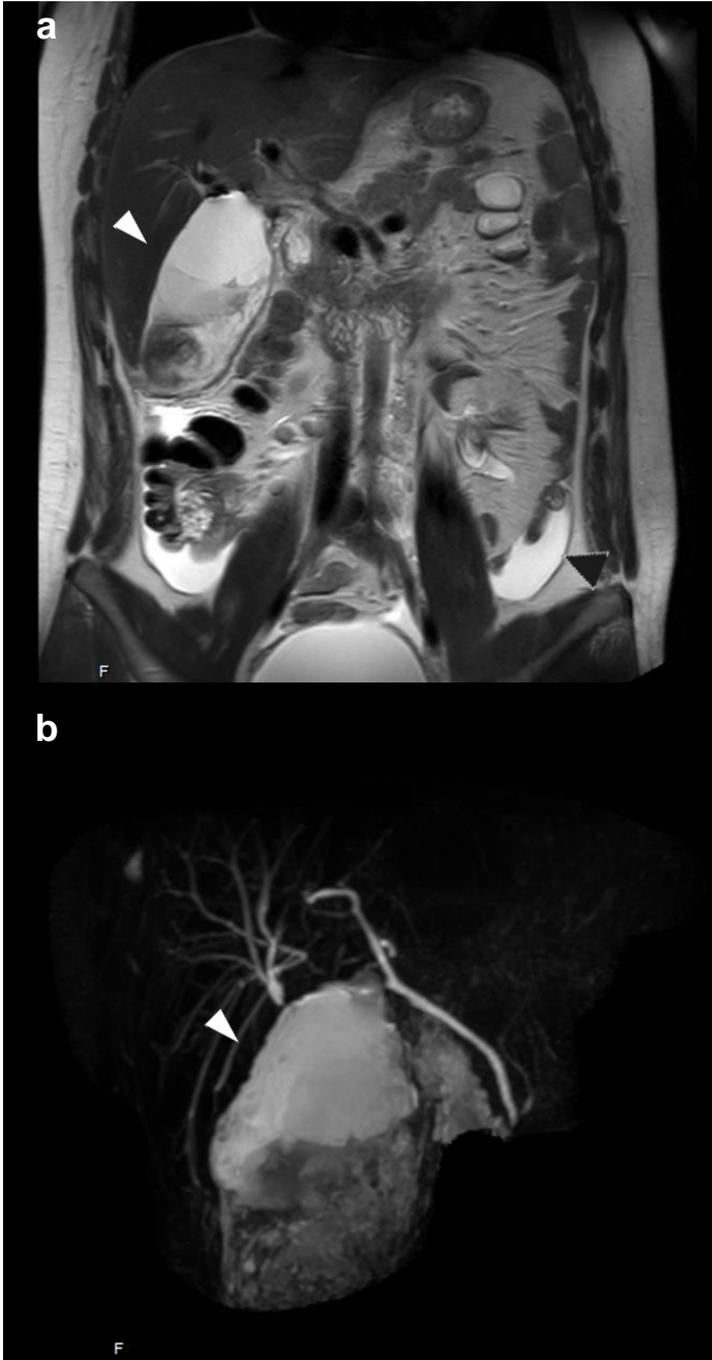


Figura 5. Paciente de 16 años, Día 10 después de PCLP. Consulta por dolor abdominal. **a.** RM plano coronal T2 y **b.** Secuencia específica sMRCP 3DHR. Colección de aspecto heterogéneo. **(BILOMA)**. **(Cabezas de flecha blanca)**. Reintervenido quirúrgicamente, confirmando el diagnóstico. Líquido libre en cavidad abdominal. **(Cabeza de flecha negra)**.

CALCULOS RESIDUALES EN COLEDOCO, CISTICO O REMANENTE VESICULAR

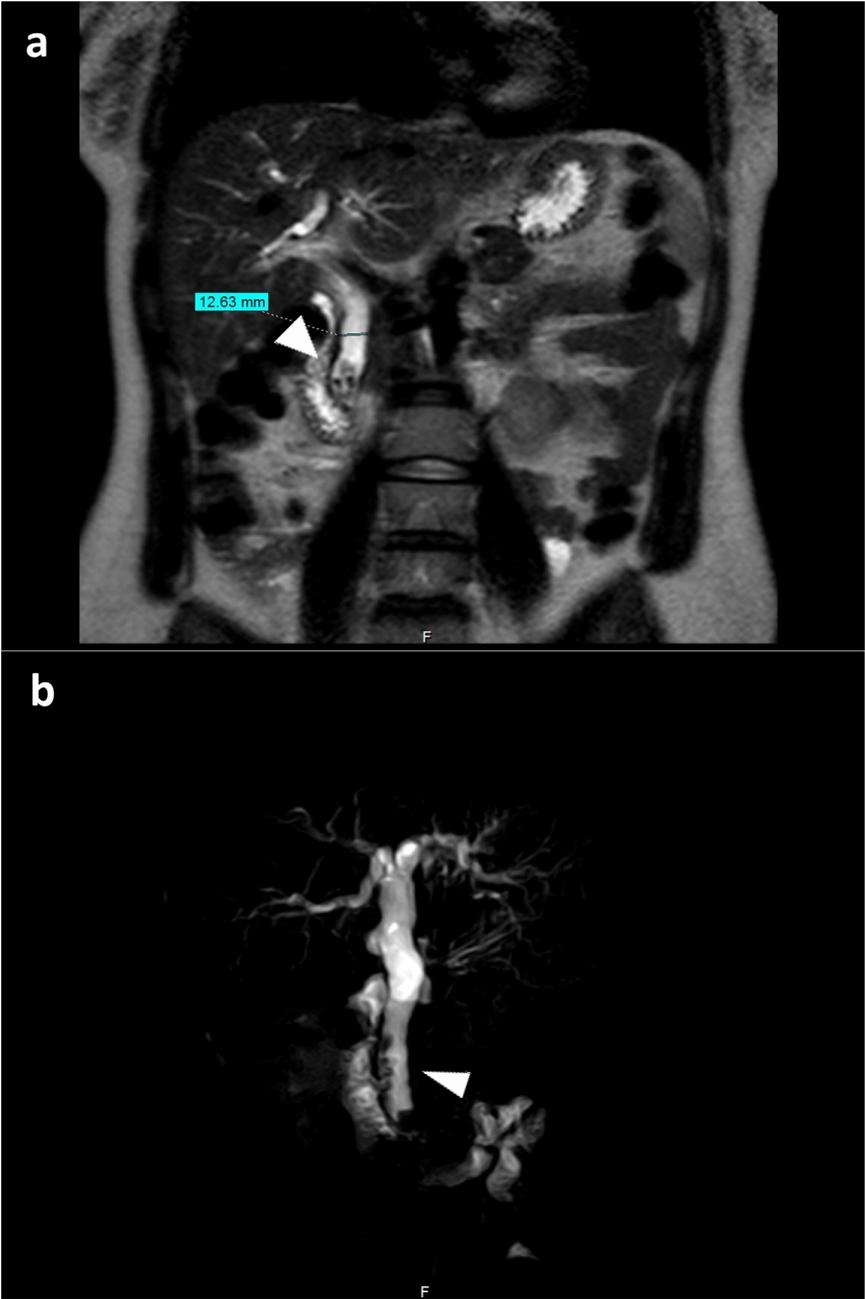


Figura 6. Paciente de 40 años, 1 año después de PCLP. Consulta por dolor abdominal. **a.** RM plano coronal T2 y **b.** Secuencia específica sMRCP 3DHR. Dilatación de la vía biliar con imagen litíásica en el interior del colédoco. **(Cabezas de flecha blanca).**

CALCULOS RESIDUALES EN COLEDOCO, CISTICO O REMANENTE VESICULAR

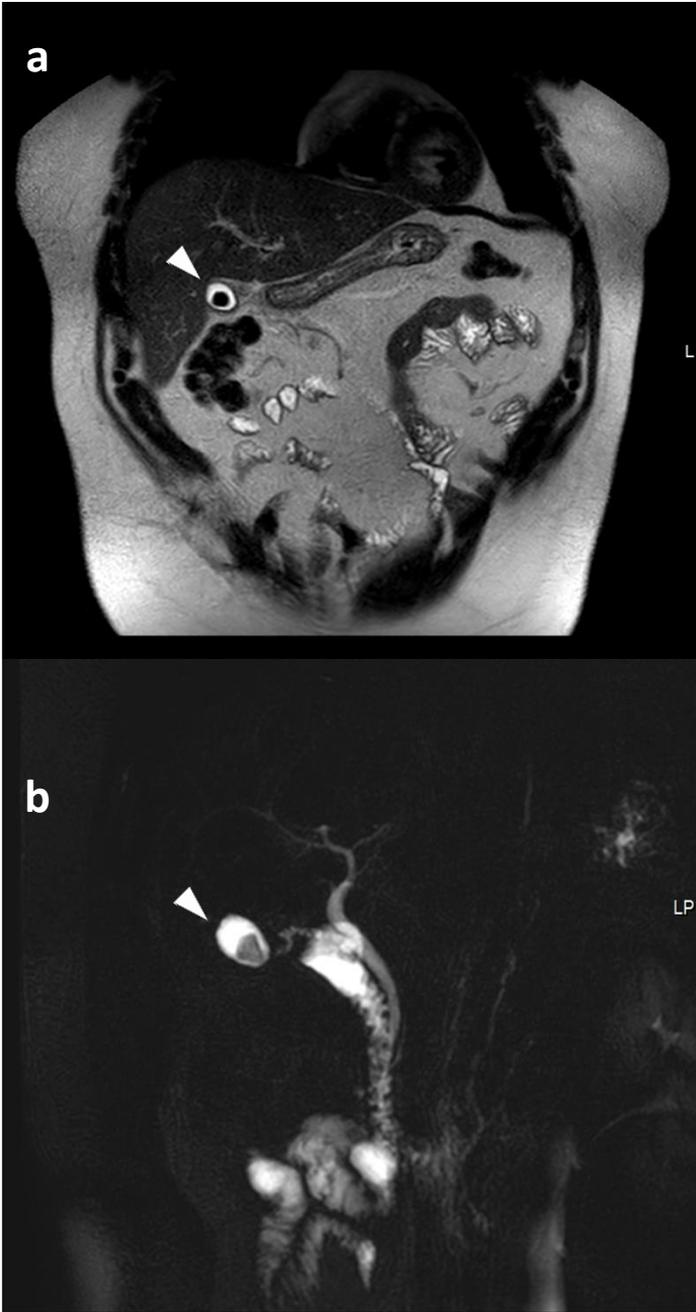


Figura 7. Paciente de 50 años con antecedente de colecistitis a repetición. Consulta por dolor abdominal, 3 años después de PCLP subtotal. **a.** RM plano coronal T2 y **b.** Secuencia específica sMRCP 3DHR. En el remanente vesicular se identifica imagen litiásica en su interior. . (Cabezas de flecha blanca).

CONCLUSIÓN

Una correcta interpretación imagenológica de las complicaciones poscolecistectomía laparoscópica y sus probables etiologías, además de un trabajo en equipo con el cirujano, evitará procedimientos invasivos innecesarios como así también reintervenciones, mejorando los resultados y pronóstico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bernard H, Hartman T. Complications after laparoscopic cholecystectomy. *The American Journal of Surgery*. 1993;165(4):533-535.
2. Shea JA, Healey MJ, Berlin JA, et al. Mortality and complications associated with laparoscopic cholecystectomy. A meta-analysis. *Annals of Surgery*. 1996;224(5):609-620.
3. Priego P, Ramiro C, Molina J et al. Results of laparoscopic cholecystectomy in a third-level university hospital after 17 years of experience. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*. 2009;101(1):20-30.
4. Ibáñez A, Luis, Escalona P, y col. Colecistectomía laparoscópica: experiencia de 10 años en la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Revista chilena de cirugía*. 2007;59(1):10-15.
5. Girometti R, Brondani G, Cereser L et al. Post-cholecystectomy syndrome: spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography. *Br J Radiol*. 2010;83(988):351-361.
6. Machado N. Biliary Complications Post Laparoscopic Cholecystectomy: Mechanism, Preventive Measures, and Approach to Management: A Review. *Diagn Ther Endosc*. 2011;2011(1):1-9.
7. Thurley P, Dhingsa R. Laparoscopic Cholecystectomy: Postoperative Imaging. *American Journal of Roentgenology*. 2008;191(3):794-801.
8. Kim J, Kim K, Ahn C et al. Spectrum of Biliary and Nonbiliary Complications After Laparoscopic Cholecystectomy: Radiologic Findings. *American Journal of Roentgenology*. 2008;191(3):783-789.