



# Colecistectomía subtotal. Experiencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo

Iván José Morales Urdaneta<sup>1</sup>.  
Gustavo Javier Ochoa Raggio<sup>2</sup>.  
Jhoendric Jesus Andara Dominguez<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Residente de 2do año del Posgrado de Cirugía General Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo Médico Cirujano-Universidad Rómulo Gallegos

<sup>2</sup>Médico Cirujano - Universidad del Zulia Residente de 4to año de posgrado de Cirugía General

<sup>3</sup>Cirujano hepato-pancreatobiliar Adjunto del Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo

Correspondencia: Instituto de Medicina Tropical - Facultad de Medicina - Universidad Central de Venezuela.

Consignado el 02 de Marzo del 2024 a la Revista Vitae Academia Biomédica Digital.

## RESUMEN

Objetivo. Describir la experiencia en la realización de colecistectomías subtotales en nuestra institución, sus complicaciones, comorbilidades y seguimiento. Métodos. Se trata de un

estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisó una base de datos del Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, en un periodo de un año, realizando una revisión de 30 colecistectomía subtotales realizadas entre 2023-2024, con descripción los resultados postquirúrgicos y el seguimiento mediante evolución del paciente. Resultados: De un total de 600 colecistectomías realizadas desde 2023 hasta 2024, 30 fueron subtotales representando una incidencia de 5 % del total de cirugías. En 27 casos se realizó cirugía abierta y 3 por laparoscopia, en todos los casos hubo que pasar a cirugía abierta con una media de tiempo quirúrgico de 60 min. En 14 pacientes se les dejó drenaje abdominal (46 %). En un caso se presentó fuga biliar (3,33 %), en 2 pacientes se presentó infección del sitio quirúrgico incisional superficial. El seguimiento clínico se completó en el 100 % de los pacientes y el ultrasonográfico en 50 %, solo uno ha presentado cólico biliar, en 1 (3,33 %) se identificó remanente vesicular y lito residual en remanente en 1 (3,33 %). Conclusión: Se puede concluir que la CS es un procedimiento seguro y útil para evitar la lesión de la vía biliar principal con una baja tasa de morbilidad y recurrencia de síntomas biliares

**PALABRAS CLAVE:** Colecistectomía subtotal, Colecistitis, Colelap, Fístula biliar

#### SUBTOTAL CHOLECYSTECTOMY. EXPERIENCE IN THE GENERAL SURGERY SERVICE OF THE HOSPITAL DR. MANUEL NORIEGA TRIGO

#### SUMMARY

Objective. Describe the experience in performing subtotal cholecystectomies at our institution, its complications, comorbidities and follow-up. Methods. This is a descriptive and retrospective study in which a database of the General Surgery Service of the Dr. Manuel Noriega Trigo Hospital was reviewed over a period of one year, performing a review of 30 subtotal cholecystectomies performed between 2023-2024. with description of the postsurgical results and follow-up through patient evolution. Results. Of a total of 600 cholecystectomies performed from 2023 to 2024, 30 were subtotal, representing an incidence of 5 % of the total surgeries. Open surgery was performed in 27 cases and laparoscopy in 3; in all cases it was necessary to proceed to open surgery with an average surgical time of 60 min. Abdominal drainage was left in 14 patients (46 %). Bile leakage occurred in one case (3.33 %), and infection of the superficial incisional surgical site occurred in 2 patients. Clinical follow-up was completed in 100 % of the patients and ultrasonographic follow-up was completed in 50%; only one had biliary colic; a gallbladder remnant was identified in 1 (3.33%) and residual stone in a remnant was identified in 1 (3.33 %). Conclusion. It can be concluded that CS is a safe and useful procedure to avoid injury to the main bile duct with a low rate of morbidity and recurrence of biliary symptoms.

**KEY WORDS:** Subtotal cholecystectomy, Cholecystitis, Colelap, Biliary fist

#### COLECISTECTOMÍA SUBTOTAL. EXPERIENCIA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL DEL HOSPITAL DR. MANUEL NORIEGA TRIGO

#### INTRODUCCIÓN

La colecistectomía laparoscópica o abierta es considerada el tratamiento de elección para

pacientes que cursan con enfermedad benigna de la vesícula biliar. La colecistitis aguda constituye la principal complicación de la colelitiasis presentándose en el 20 % de esta población, lo que condiciona fibrosis e inflamación en el triángulo hepatocístico, aumentando 3 a 5 veces el riesgo de lesión de vía biliar principal, resultando en conversión a cirugía abierta o cambio en la técnica quirúrgica. La colecistectomía subtotal (CS) constituye el procedimiento de rescate más aceptado ante condiciones operativas difíciles. La CS consiste en hacer una incisión en la vesícula biliar, aspirar su contenido y extraer la mayor cantidad posible de pared, en vez de extraerla, como se haría habitualmente.

Elshaer y cols. (1), realizaron una revisión sistemática donde se evaluaron los resultados de la técnica de CS, reportando lesión de vía biliar en el 0,08 %, fuga biliar en 18 % y retención de cálculos en el 3,1 %, llegando a la conclusión de que la morbilidad en la CS es comparable a la reportada en colecistectomía total, lo que lo hace un procedimiento seguro. Strasbert y cols. (2), la clasificaron en dos tipos, fenestrada y reconstituyente. La CS fenestrada se refiere a aquellos casos en los que no se produjo remanente de vesícula biliar, mientras que la reconstituyente se refiere a los casos en los que, si se produjo remanente, mediante el cierre de la luz de la vesícula biliar restante, ya sea por medio de suturas o grapas.

El objetivo de este trabajo es describir la experiencia en la realización de colecistectomías subtotales en nuestra institución, sus complicaciones, comorbilidades y seguimiento.

## MÉTODOS Y RESULTADOS

Se trata de un estudio descriptivo y retrospectivo en el que se revisó una base de datos del Servicio de Cirugía General del Hospital Dr. Manuel Noriega Trigo, en un periodo de un año, realizando una revisión de 600 colecistectomías, para identificar las colecistectomías abiertas subtotales realizadas y describir los resultados postquirúrgicos, el seguimiento mediante evolución del paciente.

### Resultados

De un total de 600 colecistectomías realizadas desde 2023 hasta 2024, 30 fueron subtotales representando una incidencia de 5 % del total de cirugías. La población estudiada con CS presentó una relación hombre-mujer de 1:3, con una distribución porcentual de 70 % del sexo femenino y 30 % para sexo masculino, con una edad máxima de 67 años y mínima de 30, para una media de 46,6 años. 3 pacientes presentaban comorbilidad: 2 pacientes hipertensión arterial y 1 paciente diabetes mellitus tipo 2. Solo dos pacientes fueron ingresados como emergencia y 28 de forma electiva. En ningún caso el remanente vesicular se dejó abierto (fenestrado o Henneman A y D) por tanto en el 100 % de los casos se cerró (reconstituyente o Henneman B y C). En 27 casos se realizó cirugía abierta y 3 por laparoscopia, en todos los casos hubo que pasar a cirugía abierta (100 %), con una media de tiempo quirúrgico de 60 min, un mínimo de 40 min y máximo de 120 min. En 14 pacientes se les dejó drenaje abdominal (46 %) y en 16 no se colocó drenaje (53 %). En un caso se presentó fuga biliar (3,33 %), resultado que coincide con el publicado por Elshaer y cols. (1) que

reportan como principal complicación en una CS la fuga biliar en un 18 %. En nuestro estudio se logró la resolución espontáneamente y en 2 pacientes se presentó infección del sitio quirúrgico incisional superficial como complicación. El seguimiento clínico se completó en el 100 % de los pacientes y el ultrasonográfico en 50 % (n=15), solo uno ha presentado cólico biliar, en 1 (3,33 %) se identificó remanente vesicular y lito residual en remanente en 1 (3,33 %). Ningún paciente ha requerido reintervención quirúrgica y no hubo ninguna lesión de la vía biliar (tabla 1).

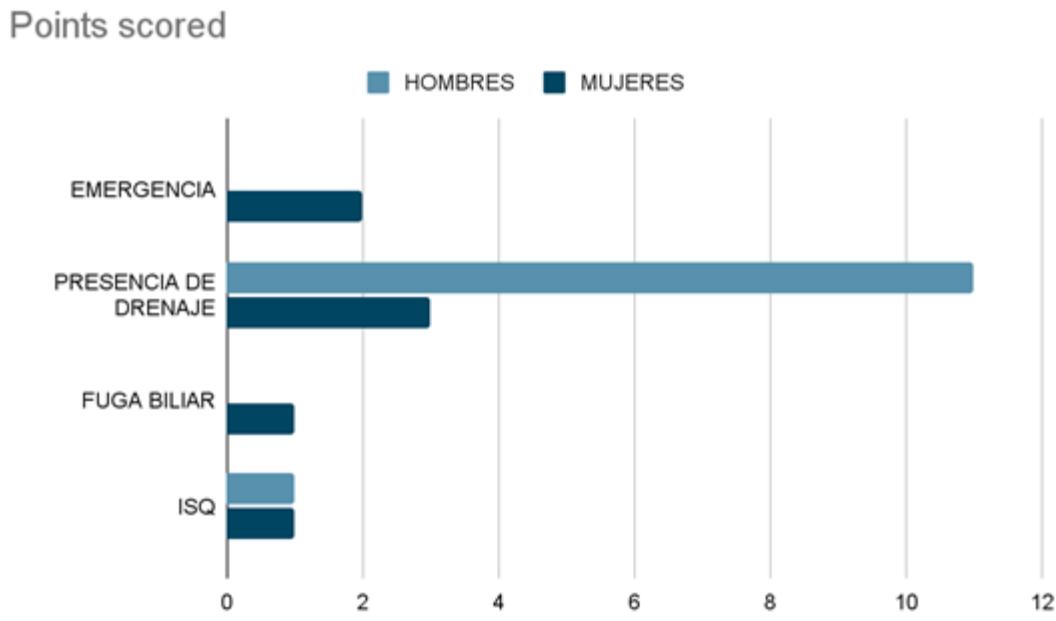


Tabla 1: Complicaciones observadas.

## DISCUSIÓN

La colecistectomía es el tratamiento de elección de la litiasis vesicular; sin embargo, en casos complejos en los cuales existe fibrosis, inflamación y la visión crítica de seguridad no puede ser lograda, la colecistectomía subtotal es una opción, efectiva y con baja morbilidad. La colecistectomía subtotal no es un procedimiento nuevo, siendo descrita inicialmente para el abordaje en un solo tiempo de los pacientes con procesos inflamatorios severos y así omitir la colecistectomía como paso previo necesario. Actualmente, la colecistectomía subtotal se considera un procedimiento de rescate con baja morbimortalidad, que permite una efectiva y segura resolución de casos complejos.

Estudios recientes con alto nivel de evidencia, demuestran que la colecistectomía subtotal es una técnica efectiva y segura. En el 2013, Henneman y cols. (3) reportan que es factible en el 90% de los pacientes la realización de la misma por vía laparoscópica.

En los reportes de Henneman y cols. (3). Así como el de Elshaer y cols.(1) se evidencia que el diagnóstico preoperatorio que requirió colecistectomía subtotal de forma más frecuente fue la colecistitis aguda, por encontrarse con adherencias firmes e inflamación que dificultan la disección y correcta identificación de las estructuras, el síndrome de Mirizzi correspondió al 8 % de los casos. En cuanto al tipo de colecistectomía subtotal realizada, no se evidencia diferencia en la evolución del paciente si el muñón vesicular se deja abierto o cerrado según los diferentes estudios; sin embargo, en nuestro servicio se prefiere cerrar el muñón y solo dejarse abierto en aquellos casos en los que la fibrosis impida la realización del cierre.

En relación con las complicaciones inherentes al procedimiento, las más frecuentes son la fistula biliar y las colecciones intraabdominales (biliomas). Refiriéndose a la fistula biliar, la frecuencia registrada en la literatura es del 10 % al 18 % (4-6).

En el presente estudio, se presentó como fistula de bajo débito en solo un paciente que resolvió espontáneamente a los días de aparecida la misma evolucionando de forma satisfactoria. Es importante mencionar que la recurrencia de la sintomatología debido a la presencia de remanente es muy baja, reportándose alrededor del 2 % en el estudio de Henneman y cols. (3).

Aunque muchos estudios recomiendan en medida de lo posible dejar un dren subhepático para vigilar gastos a través de las mismas, en nuestro centro se ha visto buenos resultados en cuanto a no dejar drenaje abdominal en vesículas que no se encuentren de emergencia, con paredes engrosadas, edematizadas, perforadas, con exudado purulento, etc.

La colecistectomía subtotal no se recomienda como reemplazo para la total, sino como rescate con el que los riesgos de realizar una colecistectomía superan los beneficios, en casos complejos en los que la identificación de las estructuras anatómicas y la visión crítica de seguridad no pueden lograrse y existe alto riesgo de lesión de vía biliar. En definitiva, la colecistectomía subtotal ha demostrado ser una técnica segura y efectiva, que conserva las ventajas de la cirugía laparoscópica, con bajo número de complicaciones. La evolución de los pacientes a largo plazo ha demostrado que no siempre es necesario completar la colecistectomía, siendo un procedimiento que solventa el problema en un solo tiempo.

Se puede concluir que la CS es un procedimiento seguro y útil para evitar la lesión de la vía biliar principal con una baja tasa de morbilidad y recurrencia de síntomas biliares, sin embargo, el seguimiento debe ser estricto debido a la posibilidad de fuga biliar transitoria y a la probabilidad de litiasis residual en el remanente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Elshaer M, Gravante G, Thomas K, Sorge R, Al-Hamali S, Ebdewi H. Subtotal cholecystectomy for "difficult gallbladders": systematic review and meta-analysis. *JAMA Surg.* 2015; 150(2):159-68. DOI: 10.1001/jamasurg.2014.1219.
2. Strasberg SM, Pucci MJ, Brunt LM, Deziel DJ. Subtotal Cholecystectomy—"Fenestrating" vs "Reconstituting" Subtypes and the Prevention of Bile Duct Injury: Definition of the Optimal Procedure inDifficult Operative Conditions. *J Am Coll Surg.* 2016;

- 222(1):89-96.DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2015.09.019.
- 3. Henneman D, da Costa DW, Vrouenraets BC, van Wagensveld BA, Lagarde SM. Laparoscopic partial cholecystectomy for the difficult gallbladder: a systematic review. *Surg Endosc*. 2013;27(2):351-8. doi: 10.1007/s00464-012-2458-
  - 4. Ramírez-Giraldo C, Torres-Cuellar A, Van-Londoño I. State of the art in subtotal cholecystectomy: An overview. *Front Surg* [Internet]. 2023; 10. DOI: 10.3389/fsurg.2023.1142579
  - 5. Lunevicius R. Review of the literature on partial resections of the gallbladder, 1898-2022: The outline of the conception of subtotal cholecystectomy and a suggestion to use the terms 'subtotal open-tract cholecystectomy' and 'subtotal closed-tract cholecystectomy'. *J Clin Med* [Internet]. 2023;12(3):1230.: DOI:10.3390/jcm12031230
  - 6. Koo JGA, Chan YH, Shelat VG. Laparoscopic subtotal cholecystectomy: comparison of reconstituting and fenestrating techniques. *Surg Endosc*. 2021;35(3):1014-1024. DOI: 10.1007/s00464-020-08096-0.