Revista Médica

Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala

Volumen

165

Número 2

Agosto 2026
ISSN-L: 2664-3677

Colecistectomía subtotal fenestrada como estrategia de rescate en colecistitis complicada

Fenestrating Subtotal Cholecystectomy as a Bailout Strategy in Complicated Cholecystitis.

Brenda Lorena Saucedo López (1), Carlos David García Martín (2)

1. Médica y Cirujana. Hospital Regional de Huehuetenango.

2. Cirugía General y Laparoscópica Avanzada. Hospital De Día, Roosevelt, Guatemala.

Autor Corresponsal: Brenda Lorena Saucedo, saucedobrenda125@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.36109/2mj2rd92

Aceptado: Agosto 2026

Resumen

La colecistectomía subtotal constituye una estrategia de rescate para la vesícula biliar difícil cuando la inflamación y distorsión anatómica impiden una disección segura. Se presenta una paciente de 45 años con colecistitis aguda calculosa sometida a colecistectomía abierta de urgencia. Durante la intervención se identificaron adherencias firmes, marcado engrosamiento de la pared vesicular y un cálculo impactado en el infundíbulo, con compresión extrínseca del conducto hepático común, compatible con síndrome de Mirizzi tipo I. La descompresión vesicular produjo 110 mL de contenido blanquecino compatible con bilis blanca, seguido de material purulento. Ante la imposibilidad de obtener una anatomía segura, se realizó colecistectomía subtotal fenestrada con drenaje. La evolución fue favorable, con débito biliar progresivamente decreciente y sin complicaciones posteriores documentadas.

Palabras clave: *Síndrome de Mirizzi, colecistectomía, bilis*

Abstract

Subtotal cholecystectomy is a bailout strategy for the difficult gallbladder when inflammation and anatomical distortion preclude safe dissection. We present the case of a 45-year-old woman with acute calculous cholecystitis who underwent emergency open cholecystectomy. Intraoperatively, dense adhesions, marked gallbladder wall thickening, and an impacted infundibular stone causing extrinsic compression of the common hepatic duct were identified, consistent with type I Mirizzi syndrome. Gallbladder decompression yielded 110 mL of whitish fluid consistent with white bile, followed by purulent material.

Given the inability to establish safe biliary anatomy, a fenestrating subtotal cholecystectomy with drain placement was performed. The postoperative course was favorable, with progressively decreasing biliary drain output and no documented subsequent complications.

Keywords: *Mirizzi Syndrome, cholecystectomy, bile*

Introducción

La colecistectomía es uno de los procedimientos quirúrgicos más realizados a nivel mundial; sin embargo, determinadas condiciones inflamatorias pueden transformar una intervención habitual en un escenario de elevada complejidad técnica. La inflamación severa, las adherencias densas, la fibrosis y la distorsión de la anatomía del triángulo hepatocístico pueden impedir la obtención de una visión crítica de seguridad, incrementando el riesgo de lesión de la vía biliar y convertir la disección convencional en un procedimiento potencialmente peligroso.[1-4]

El síndrome de Mirizzi es una complicación infrecuente de la colecistitis crónica, caracterizado por alteraciones anatómicas e inflamatorias secundarias a la impactación de un cálculo en el cuello vesicular o conducto cístico, que ocasiona inflamación y compresión extrínseca de la vía biliar. En el síndrome de Mirizzi tipo I, existe compresión extrínseca del conducto hepático común o de la vía biliar extrahepática sin formación de una fístula colecistobiliar. La inflamación crónica, distorsión anatómica y adherencias perivesiculares asociadas son factores que incrementan la dificultad técnica durante la colecistectomía y elevan el riesgo de lesión biliar o vascular.[5,6]

Cuando la anatomía no puede definirse con seguridad o no es posible obtener la visión crítica de seguridad, las estrategias de rescate tienen como objetivo evitar la disección de estructuras cuya identificación no puede establecerse con seguridad. La colecistectomía subtotal, ya sea fenestrada o reconstituyente, constituye una de estas alternativas y puede realizarse mediante abordaje laparoscópico o abierto según las condiciones intraoperatorias y la experiencia del cirujano.[2-4,7,8]

Se presenta un caso de síndrome de Mirizzi tipo I con marcada distorsión de la anatomía hepatobiliar, en el que la disección convencional se consideró insegura y se realizó una colecistectomía subtotal fenestrada abierta como procedimiento de rescate. El caso también presentó como hallazgo intraoperatorio inusual la presencia de bilis blanca, lo que añade un elemento de interés a la presentación.

Presentación de caso

Se presenta el caso de una paciente femenina de 45 años, con historia de dolor abdominal de dos meses de evolución agudizado 8 horas previas, localizado en hipocondrio derecho con irradiación a epigastrio, tipo cólico, intensidad 7/10, con alivio parcial tras la ingesta de analgésicos no especificados. Al examen físico presentó dolor y resistencia a la palpación en hipocondrio derecho con signo de Murphy positivo. Los laboratorios de ingreso reportaron glóbulos blancos:12,690, neutrófilos 92.7%, Hgb: 15.2 mg/dl, plaquetas: 304,000, bilirrubina total: 1.2 mg/dl, bilirrubina directa: 0.8 mg/dl, GGT: 84 UI/L, FA: 110 UI/L, TGO: 28 UI/L, TGP: 24 UI/L.

La ultrasonografía hepatobiliar de ingreso evidenció a la vesícula biliar con imágenes hiperecogénicas en su interior compatible con 2 cálculos, el de mayor tamaño de 1.6 x 1.0 cm localizado en el cuello vesicular, pared vesicular de 5 mm, no se observó dilatación de las vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas (Figura 1).

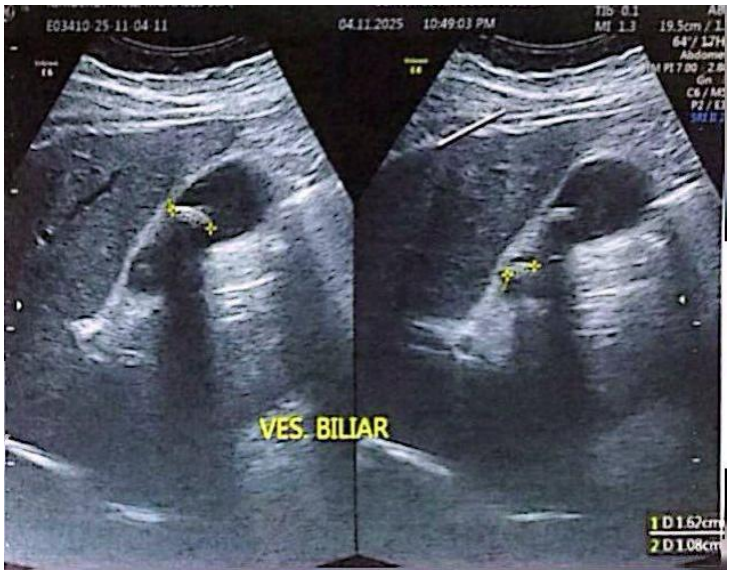


Figura 1 Ultrasonografía de vesícula biliar: vesícula biliar con 2 imágenes hiperecogénicas compatible con cálculos, el mayor de 1.6 × 1.0 cm, localizado a nivel del cuello vesicular, pared vesicular de 5 mm.

La paciente fue llevada a tratamiento quirúrgico. Por sospecha de dificultad quirúrgica se decide abordaje subcostal derecho abierto, se identificó una vesícula biliar con múltiples adherencias firmes al estómago, a la vía biliar extrahepática y a la pared abdominal (Figura 2). Se realizó una adhesiolisis cuidadosa y progresiva, que permitió exponer una vesícula biliar con marcado engrosamiento de la pared, abundante líquido pericolecístico e hidrops, así como compresión extrínseca del conducto hepático común, con una anatomía local distorsionada.

Ante estos hallazgos, se procedió a la descompresión de la vesícula biliar, obteniéndose aproximadamente 110 mL de un líquido incoloro, transparente y de aspecto acuoso (bilis blanca) (Figura 3). Posteriormente, se realizó apertura de la vesícula biliar, identificándose dos cálculos en su interior, uno de ellos impactado en el infundíbulo.

Tras su movilización y extracción, se obtuvo aproximadamente 10 mL de material purulento (Figura 3). Los hallazgos intraoperatorios fueron compatibles con síndrome de Mirizzi tipo I, de acuerdo con la clasificación de Csendes.



Figura 2 Hallazgos intraoperatorios durante la exposición de la vesícula biliar: Exposición de la vesícula biliar con engrosamiento de su pared, cambios inflamatorios y adherencias perivesiculares, hallazgos que dificultaron la identificación de los planos anatómicos.



Figura 3 Características macroscópicas del contenido vesicular obtenido durante el procedimiento quirúrgico: 1) Muestra de líquido incoloro, transparente y de aspecto acuoso, compatible macroscópicamente con bilis blanca. 2) Muestra de contenido vesicular amarillento y turbio (de aspecto purulento)

Debido a la marcada distorsión anatómica y a la dificultad técnica, no fue posible identificar con seguridad las estructuras del triángulo hepatocístico ni obtener la visión crítica de seguridad, por lo que se decidió realizar una colecistectomía subtotal abierta tipo fenestrada como estrategia de rescate, con colocación de drenaje subhepático tipo Penrose (Figura 4). Se realizó bacteriología de contenido vesicular el cual fue reportado con bacterias cocos gram positivos y el cultivo negativo.

Figura 4 Pieza quirúrgica y cálculo biliar extraídos durante la colecistectomía subtotal: a la derecha, segmento resecado de la vesícula biliar con engrosamiento macroscópico de su pared; a la izquierda, cálculo biliar extraído del infundíbulo vesicular, donde se encontraba impactado durante la exploración quirúrgica



Durante la primera semana, el drenaje presentó un débito de características biliares de aproximadamente 100–120 mL/día, con descenso progresivo en los días posteriores. Al evidenciarse una disminución del débito a menos de 50 mL/día, se decidió retirar el drenaje. La paciente continuó seguimiento ambulatorio, sin complicaciones documentadas hasta la fecha.

Discusión

La colecistectomía puede convertirse en un procedimiento de alta complejidad cuando la inflamación, fibrosis y adherencias alteran la anatomía hepatocística. El síndrome de Mirizzi tipo I constituye un escenario particularmente desafiante, debido a la impactación de un cálculo en el infundíbulo o conducto cístico y la consecuente compresión extrínseca del conducto hepático común.[5,6] En el presente caso, la presencia de adherencias firmes, marcado engrosamiento de la pared vesicular, la inflamación local y un cálculo impactado en el infundíbulo condicionaron una importante distorsión anatómica y dificultaron la identificación segura de las estructuras biliares.

En este contexto, la imposibilidad de obtener una visión crítica de seguridad de Strasberg debe considerarse un punto de decisión para modificar la estrategia quirúrgica. Continuar una disección convencional en un plano anatómico incierto puede incrementar el riesgo de lesión de la vía biliar, una complicación asociada con una morbimortalidad considerable.[1-4] Las estrategias de rescate tienen como objetivo evitar la disección de estructuras cuya identificación no puede establecerse con seguridad.[3,4] Entre estas estrategias, la colecistectomía subtotal constituye una de las principales alternativas en este escenario permitiendo finalizar el procedimiento sin necesidad de completar la disección del triángulo hepatocístico en situaciones de anatomía hostil.[7,8]

La colecistectomía subtotal puede realizarse mediante técnica fenestrada o reconstituyente. En la técnica fenestrada, el remanente vesicular permanece abierto, mientras que en la reconstituyente se realiza el cierre del remanente, generando una nueva cavidad vesicular.[7] En nuestra paciente, la marcada distorsión anatómica y la imposibilidad de continuar una disección segura justificaron la realización de una colecistectomía subtotal abierta de tipo fenestrada. Esta estrategia permitió finalizar el procedimiento sin profundizar la disección en un plano anatómico de alto riesgo.

La fuga biliar constituye una de las complicaciones posoperatorias más frecuentes después de una colecistectomía subtotal, particularmente con la técnica fenestrada, por lo que el drenaje y la vigilancia posoperatoria adquieren especial relevancia.[9-11] En este caso, el débito por el drenaje fue inicialmente de 100–120 mL diarios y disminuyó progresivamente hasta menos de 50 mL diarios, permitiendo su retiro sin necesidad de intervención endoscópica y sin complicaciones posteriores documentadas.

La presencia de aproximadamente 110 mL de contenido vesicular blanquecino compatible con bilis blanca constituye un hallazgo intraoperatorio inusual. La bilis blanca se ha descrito como un líquido acuoso incoloro o transparente, con escaso contenido de pigmentos biliares, relacionado con la obstrucción prolongada en situaciones de alteración del drenaje biliar tanto de etiología benigna como maligna. Sin embargo, sus mecanismos fisiopatológicos y su significado clínico permanecen incompletamente esclarecidos, por lo que en el presente caso debe interpretarse como un hallazgo asociado al contexto obstructivo.[12,13]

La principal enseñanza de este reporte radica en el reconocimiento oportuno de una anatomía insegura y en la decisión de abandonar una disección potencialmente peligrosa para adoptar una estrategia de rescate. En este escenario, la colecistectomía subtotal fenestrada permitió completar el procedimiento priorizando la seguridad y evitando una lesión de la vía biliar.

El síndrome de Mirizzi tipo I puede generar una distorsión anatómica que impide obtener una visión crítica de seguridad y convierte la disección convencional en un procedimiento de alto riesgo. En este escenario, el reconocimiento oportuno de una anatomía insegura y la adopción de una estrategia de rescate son fundamentales para prevenir una lesión de la vía biliar. La colecistectomía subtotal fenestrada constituye una alternativa efectiva para completar el procedimiento de forma segura, con un manejo postoperatorio dirigido a la vigilancia de la fuga biliar. La presencia de bilis blanca representa un hallazgo intraoperatorio inusual en este contexto obstructivo.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflictos de interés.

Descargo de responsabilidad: Este manuscrito es una obra original e inédita, las opiniones expresadas son propias y no representan una postura oficial de la institución.

Referencias bibliográficas

1. Manatakis DK, Antonopoulou MI, Tasis N, Agalianos C, Tsouknidas I, Korkolis DP, et al. Critical View of Safety in Laparoscopic Cholecystectomy: A Systematic Review of Current Evidence and Future Perspectives. World J Surg. 2023;47(3):640-8. DOI:10.1007/s00268-022-06842-0
2. Abdallah HS, Sedky MH, Sedky ZH. The difficult laparoscopic cholecystectomy: a narrative review. BMC Surg. 2025;25(1):156. DOI:10.1186/s12893-025-02847-3
3. Brunt LM, Deziel DJ, Telem DA, Strasberg SM, Aggarwal R, Asbun H, et al. Safe cholecystectomy multi-society practice guideline and state-of-the-art consensus conference on prevention of bile duct injury during cholecystectomy. Surg Endosc. 2020;34(7):2827-55. DOI:10.1007/s00464-020-07568-7
4. Pisano M, Allievi N, Gurusamy K, Borzellino G, Cimbanassi S, Boerna D, et al. 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. World J Emerg Surg. 2020;15(1):61. DOI:10.1186/s13017-020-00336-x
5. Koo JGA, Tham HY, Toh EQ, Chia C, Thien A, Shelat VG. Mirizzi Syndrome—The Past, Present, and Future. Medicina (Kaunas). 2024;60(1):12. DOI:10.3390/medicina60010012
6. Wu J, Cai SY, Chen XL, Chen ZT, Shi SH. Mirizzi syndrome: Problems and strategies. Hepatobiliary Pancreat Dis Int. 2024;23(3):234-40. DOI:10.1016/j.hbpd.2024.01.005
7. Ramírez-Giraldo C, Torres-Cuellar A, Van-Londoño I. State of the art in subtotal cholecystectomy: An overview. Front Surg. 2023; 10:1142579. DOI:10.3389/fsurg.2023.1142579
8. Byskosh A, Stocker B, Liu DYZ, Li J, Gastevich B, Devin CL, et al. Subtotal Fenestrating Cholecystectomy: A Safe and Effective Approach to the Difficult Gallbladder. J Surg Res. 2023; 282:191-7. DOI:10.1016/j.jss.2022.09.014
9. Hajibandeh S, Hajibandeh S, Parente A, Laing RW, Bartlett D, Athwal TS, et al. Meta-analysis of fenestrating versus reconstituting subtotal cholecystectomy in the management of difficult gallbladder. HPB (Oxford). 2024;26(1):8-20. DOI: 10.1016/j.hpb.2023.09.005
10. Motter SB, de Figueiredo SMP, Marcolin P, Trindade BO, Brandao GR, Moffett JM. Fenestrating vs reconstituting laparoscopic subtotal cholecystectomy: a systematic review and meta-analysis. Surg Endosc. 2024;38(12):7475-85. DOI:10.1007/s00464-024-11225-8
11. Nadeem MA, Awan AR, Wehrle CJ, Tsutsumi A, Darby F, Bhandarkar S, et al. Operative strategies for the acute difficult gallbladder: a Society for Surgery of the

Alimentary Tract state-of-the-art systematic review and meta-analysis of subtotal cholecystectomy outcomes. J Gastrointest Surg. 2026;30(4):102345. DOI: 10.1016/j.gassur.2026.102345
12. Rullan M, Oyon D, Rández-Garbayo J, Zabalza L, Saiz LC, Leache L, et al. Overall survival, clinical significance and biochemical composition of 'white bile' in patients with impaired biliary drainage: a systematic review. J Physiol Biochem. 2026;82(1):37. DOI:10.1007/s13105-026-01177-z
13. Zimmer V. White (or rather clear) bile related to papillary stone impaction. Endoscopy. 2020;52(5): E160-1. DOI:10.1055/a-1046-1549