



P-359 - EL RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LA REPARACIÓN DE LAS LESIONES DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. ¿DEBEMOS DERIVAR ESTOS PACIENTES A CENTROS ESPECIALIZADOS?

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, G. Inaraja Pérez, I. Talal El-Abur, S. Saudi Moro, J.L. Moya Andia, M. Pérez Sánchez Cuadrado, J. Rodríguez Artigas, M. del Campo Lavilla y A. Serrablo Requejo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Introducción: Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar (LIVB) aunque infrecuentes tienen importantísima morbimortalidad. La colecistectomía laparoscópica (CL) ha supuesto un aumento en la incidencia y suelen ser más graves, al tratarse de lesiones más altas en su localización, con afectación de los conductos biliares intrahepáticos y con una frecuente desaparición de tramos de la vía biliar, dando dificultades en su diagnóstico y tratamiento. A parte de colangitis, ictericia, etc. se impide la correcta absorción de lípidos y vitaminas liposolubles. La inflamación secundaria por estasis biliar puede generar fibrosis, daño hepático, cirrosis biliar y fallo hepático.

Caso clínico: Varón 69 años de edad con CL por cuadro de colecistitis aguda con ictericia obstructiva postoperatoria. ECO al 10^o día evidencia dilatación del colédoco proximal sin identificar colédoco distal. A las 4 semanas de la CL, reintervención por sospecha de LIVB, corroborándose en la reintervención (lesión tipo E1 según clasificación Strasberg-Bismuth, en base al informe del protocolo quirúrgico) realizándose hepaticoduodenostomía, pero persistieron episodios de colangitis. Se deriva a nuestro centro hospitalario donde se decide realizar nueva ecografía, colangiografía y CPRE. Tras comprobar la estenosis de la intervención previa se decide reintervención. Se identificó la hepaticoduodenostomía y se procedió a la individualización de todo el hilio hepático con fibrosis, hasta conseguir un cabo proximal para hepaticoyeyunostomía ulterior. Se trató al paciente como si fuese una lesión tipo E2, requiriendo apertura del conducto hepático izquierdo y hepaticoyeyunostomía Y de Roux, sin ser necesario descenso de placa hiliar. Las LIVB pueden ocurrir durante diferentes procedimientos quirúrgicos pero el 80% de ellas se producen durante una CL. Bismuth propuso una clasificación para las estenosis benignas de la VBP, que se basa en el patrón anatómico de la lesión. Strasberg propuso una clasificación para las lesiones laparoscópicas de la VBP, la que puede aplicarse en el manejo de dichas lesiones. Cuando son lesiones del conducto cístico o de pequeños conductos en el lecho vesicular hepático o pequeñas secciones laterales del conducto colédoco (lesiones tipo A, B, C, D), la CPRE puede ser diagnóstica y terapéutica mediante colocación de endoprótesis. Las secciones parciales de la vía biliar se deben suturar sobre un tubo en T de Kehr. En secciones incompletas se debe realizar una anastomosis terminoterminal con movilización duodenal. En secciones completas de la vía biliar la anastomosis bilioentérica a la VBP en Y de Roux es la que proporciona mejores resultados y se prefiere a una coledocoduodenostomía

porque una dehiscencia de la anastomosis produciría una fístula duodenal y porque tiene un mayor porcentaje de colangitis de repetición y de estenosis tardías de VBP, como en nuestro paciente que al presentar lesión tipo E2, requirió apertura del conducto hepático izquierdo y hepaticoyeyunostomía.

Discusión: Las LIVB difieren en la topografía, extensión, clínica, técnica quirúrgica y pronóstico. El diagnóstico intraoperatorio de estas lesiones podría ser factor de buen pronóstico, al poder ser reparadas de forma inmediata, siempre y cuando el cirujano posea experiencia. Consideramos que los pacientes con posibles LVBP deben ser remitidos a centros de referencia.