



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-223 - LESIONES IATROGÉNICAS DE CONDUCTOS BILIARES ABERRANTES TRAS COLECISTECTOMÍA

Martín Martín, Ernesto<sup>1</sup>;Gómez Portilla, Alberto<sup>2</sup>; Magrachs, Luis A.<sup>1</sup>;López Heredia, Eduardo<sup>2</sup>; Reyhani, Arasteh<sup>1</sup>;Etxart, Ane<sup>1</sup>;Larrañaga, Maitane<sup>1</sup>;Bustamante, Ruth<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Txagorritxu, Vitoria. <sup>2</sup>Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

### Resumen

**Objetivos:** Una de las principales causas de lesiones iatrogénicas de las vías biliares tras colecistectomía son las variantes anatómicas biliares. Las anomalías de implantación de los conductos derechos a la vía biliar extrahepática constituyen una de las variaciones anatómicas más frecuentes y uno de los principales factores de riesgo de lesión quirúrgica ductal en la colecistectomía. Se considera conducto aberrante biliar, cuando dicho ducto constituye la única vía de drenaje de una porción variable de parénquima hepático, no presentando comunicación con el resto del árbol biliar intrahepático. El objetivo de la comunicación es reportar este tipo de lesiones apenas descrita en las series españolas publicadas, analizando la estrategia diagnóstica y terapéutica seguidas.

**Métodos:** Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes intervenidos en nuestro hospital por complicaciones biliares tras colecistectomía tanto abierta como laparoscópica durante un período de 15 años (2000-2014).

**Resultados:** Se encontraron cuatro casos de iatrogenia biliar debida a lesión de conducto aberrante (tres sectoriales derechos posterolaterales y uno anteromedial). Se trata de 3 mujeres y un hombre. Según la Clasificación de Strasberg tres se corresponden a lesiones tipo C (sección) y una tipo B (oclusión). Ninguno de ellos se diagnosticó de forma intraoperatoria en la cirugía inicial. La clínica de presentación fue de fístula biliar externa persistente en dos casos, un bilioma en otro y colangitis de repetición en el restante. El intervalo comprendido desde la iatrogenia hasta la reparación quirúrgica fue de 2 semanas hasta 8 años tras la cirugía inicial. Todos ellos precisaron intervención quirúrgica y reparación de la lesión mediante una anastomosis biliodigestiva o ductoeyunostomía. En los controles todos los pacientes se encuentran asintomáticos sin signos de colestasis.

**Conclusiones:** La sección o ligadura accidental de un conducto hepático aberrante representa entre el 5,6 al 17% de las lesiones quirúrgicas de la vía biliar, según la experiencia recogida en diversas series. La ausencia de comunicación del conducto aberrante con el resto del árbol biliar intrahepático, dificultó su diagnóstico y justificó el hecho de que no se contemplara esta lesión ni se llegara a su detección en las pruebas de imagen practicadas (algunas de ellas repetidas incluso dos veces) apreciando en todas las pruebas de imagen la integridad aparente de la vía biliar y sin demostrar la causa de la fístula biliar persistente. La práctica de una colangiografía intraoperatoria a través de la boquilla yuxtahiliar del conducto aberrante, sin conexión con el resto del árbol biliar

intrahepático, fue lo que confirmó la sospecha diagnóstica y posibilitó el tratamiento adecuado de la lesión mediante una ductoyeyunostomía tutorizada con asa en Y de Roux. Sólo el conocimiento de las variantes congénitas biliares aberrantes posibilita su solución definitiva. Todas las lesiones iatrogénicas de la vía biliar exigen que su tratamiento se realice por cirujanos con experiencia y conocimiento pleno de las variantes anatómicas biliares.