



VC-082 - RESECCIÓN LAPAROSCÓPICA DE QUISTE DE COLÉDOCO TODANI TIPO I

Serrano Molina, Alba María; Nieto Sánchez, Marta; Quevedo Cruz, David; Calatayud Mizrahi, David; Hernando Sanz, Ana; Maupoey Ibáñez, Javier; Montalvá Orón, Eva; López Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: El quiste de colédoco es una patología poco frecuente de la vía biliar, con una incidencia en torno a 1 de cada 100.000 habitantes en nuestro medio. Se caracteriza por una dilatación de los conductos biliares intra y/o extrahepáticos. Predomina en el sexo femenino y se diagnostica habitualmente en la infancia. La etiología exacta se desconoce, y la sintomatología asociada es variable. Existen varios tipos según la clasificación de Todani, siendo el tipo I el más frecuente (80-90% del total). El tratamiento definitivo es la resección quirúrgica del quiste, dado el potencial desarrollo de colangiocarcinoma, que alcanza hasta el 28% en mayores de 20 años.

Caso clínico: Mujer de 30 años, con antecedente de asma alérgica y colon irritable, derivada desde Atención Primaria por clínica de dolor en hipocondrio derecho y alteración analítica del perfil hepático. Ecografía y colangioRM muestran un quiste de colédoco Todani tipo 1 de 5 × 4 cm que condiciona dilatación hasta la desembocadura por separado de los conductos hepáticos derecho e izquierdo. Dado el potencial de malignización, se decide intervención quirúrgica programada. Se realiza vía laparoscópica utilizando verde de indocianina para correcta identificación de vía biliar. Durante la disección se identifica conducto cístico con desembocadura en conducto hepático derecho, próximo al inicio de la dilatación. Se secciona quiste en zona distal sana con endograpadora, y a nivel proximal, se conserva placa común con salida independiente de ambos conductos hepáticos para posterior confección de boca anastomótica común. Finalmente, se restituye el flujo biliar mediante hepaticoyeyunostomía con reconstrucción en Y de Roux. Evolución posoperatoria inicialmente favorable siendo alta al sexto día posoperatorio. Reingresa dos días después por cuadro de dolor abdominal, fiebre y elevación de reactantes inflamatorios, objetivándose en TC una colección perihepática de 2 × 2 cm que es drenada por radiología intervencionista. Ante la sospecha de fístula biliar se realiza RM que informa de fuga de contraste de excreción hepatobiliar en la zona de anastomosis sin paso hacia yeyuno, hallazgos que sugieren dehiscencia de anastomosis. Se decide reintervención urgente vía laparoscópica, donde se evidencia integridad de anastomosis y fuga biliar en cístico, que se cierra con puntos de PDS 5/0. Posterior recuperación lenta pero satisfactoria.

Discusión: A pesar de ser una patología poco frecuente, el potencial riesgo de degeneración neoplásica hace necesario el conocimiento de esta entidad. El tratamiento definitivo es la resección del quiste y restitución del flujo bilioentérico. La cirugía abierta continúa siendo el abordaje de referencia, mientras que la cirugía mínimamente invasiva aumenta progresivamente en número de

procedimientos. Esta permite alcanzar una similar tasa de éxitos reduciendo el número de complicaciones posoperatorias y la estancia hospitalaria. La cirugía laparoscópica en este procedimiento puede acompañarse de cierta dificultad técnica respecto a la cirugía robótica, con un menor coste económico asociado.