



P-229 - COLEDOLITIASIS RESIDUAL TRAS COLECISTECTOMÍA, EXPLORACIÓN BILIAR Y KEHR, CON MONTAJE EN Y DE ROUX POR ESTENOSIS PILÓRICA CONCOMITANTE. ¿Y AHORA QUÉ?

Moral González, María; Cagigal Ortega, Elima Pilar; Rubio López, Laura; Dagnesses Fonseca, Javier Óscar; Herrero Mirón, Ainara; Ondarra Fernández de Lezeta, Naiara; Bordons Mesonero, Eduardo Pablo; Pérez Morera, Adelino Patricio

Hospital Universitario de Móstoles, Móstoles.

Resumen

Introducción: La coledocolitiasis residual, una variedad de coledocolitiasis secundaria, aparece en menos del 2% de pacientes poscolectomizados. Clásicamente, durante la colecistectomía por laparotomía, la VBP debía ser explorada con colangiografía intraoperatoria para extracción de posibles litiasis y colocación de tubo de Kehr o realización de coledocoduodenotomía en coledocolitiasis múltiples. Actualmente, la CPRE permite la confirmación diagnóstica y tratamiento simultáneo de la coledocolitiasis. Pero hay pacientes con alteraciones anatómicas, en los que no es posible el acceso a la vía biliar por CPRE. No existe un algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de la litiasis de VBP que pueda considerarse el *gold standard*. El manejo depende hoy día de la experiencia y las posibilidades de disponibilidad tecnológica de cada grupo de trabajo. Presentamos un caso para valorar el manejo de la coledocolitiasis residual en pacientes con variaciones anatómicas.

Caso clínico: Mujer de 70 años, con AP de HTA, DL y anticuerpos anticardiolipina, remitida a nuestras consultas por dolor abdominal e intolerancia oral con diagnóstico de coledocolitiasis por colangioRM y estenosis duodenal benigna secundaria a adenoma de glándulas pilóricas con DBG, hallazgo este último tras CPRE fallida. Se completa estudio destacando un CEA de 11,7, TC que descarta adenopatías locorregionales y ecoendoscopia que describe lesión en bulbo duodenal con preservación de la muscular y 2ª porción duodenal libre de lesiones. Se decide tratamiento quirúrgico con exploración de vía biliar sin objetivar coledocolitiasis ni barro biliar. Se localiza la papila, preservándola y se realiza duodenectomía proximal y antrectomía, con reconstrucción en Y de Roux; y se considera adecuado un drenaje biliar de Kehr. Durante el posoperatorio presenta colangitis secundaria a la manipulación que se trata con antibioterapia, siendo dada de alta el 14.º DPO. En colangiografía posterior se objetiva coledocolitiasis distal que condiciona dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Se plantea intento de tratamiento endoscópico. El servicio de Digestivo localiza por ecoendoscopia el muñón duodenal, tras instilar contraste y azul de metileno diluido transKher, y crean una gastro-enteroanastomosis mediante prótesis metálica de luminal 10-15 mm (Axios™). En un segundo tiempo, realizan CPRE y se extrae coledocolitiasis, con pancreatitis como complicación posterior.



Discusión: La primera opción terapéutica en la coledocolitiasis residual debe ser la CPRE con papilotomía endoscópica y extracción de las litiasis. Hasta un 10-15% de pacientes presentan coledocolitiasis complejas cuyo tratamiento endoscópico supone un reto; entre ellas las alteraciones anatómicas posquirúrgicas, cuyas opciones terapéuticas pasaban la mayoría de las veces por una intervención. Los avances endoscópicos han proporcionado la posibilidad de un manejo menos invasivo a considerar en estos casos actualmente antes de la indicación quirúrgica.