



P-002 - LESIÓN IATROGÉNICA POR LIGADURA INADVERTIDA DE CONDUCTO ABERRANTE SECTORIAL POSTEROLATERAL DERECHO HEPÁTICO. DIFICULTADES EN SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

A. Reyhani Calvo, A. Gómez Portilla, E. Martín Martín, L. Ibiricu Oroz, E. Palacios Bazan, B. Ezurmendia Sinisterra, M. Larranaga Zabaleta y A. Etxart Lopetegui

Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Resumen

Introducción: Los conductos aberrantes del hepático derecho son anomalías biliares particularmente susceptibles de lesionarse durante la realización de la colecistectomía dada su localización crítica. Se considera conducto aberrante biliar, cuando el drenaje de un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del árbol biliar intrahepático. Su ligadura o sección implica una complicación seria que exige casi siempre una reconstrucción quirúrgica compleja.

Objetivos: Se presenta el caso clínico de una paciente recientemente tratada en nuestro servicio por colangitis de repetición secundaria a ligadura de un conducto aberrante sectorial derecho posterior (segmentos VI-VII) tras colecistectomía, con las dificultades encontradas en el diagnóstico y tratamiento.

Métodos: Mujer de 54 años con antecedente colecistectomía de urgencias en 2005 y posterior reintervención por bilioma en otro centro, que presenta múltiples crisis repetidas de colangitis hasta la actualidad. Durante este periodo de tiempo se han realizado 8 CPRE con tres colocaciones de prótesis y dos colangiogramas (cRMN), etiquetándose de colangitis secundaria a estenosis del hepático común por iatrogenia biliar por lo que se remite a nuestro Servicio para tratamiento quirúrgico. Tras revisión de las imágenes de CPRE y de la última cRMN se sospecha una lesión del sectorial posterior derecho excluido con atrofia secundaria de los segmentos VI y VII. En la intervención quirúrgica se realiza una ecografía intraoperatoria que confirma el diagnóstico y ayuda a la localización del sectorial posterolateral derecho excluido. Con punción selectiva del mismo se realiza colangiografía intraoperatoria comprobando la lesión y exclusión de ambos segmentos VI y VII. Seguidamente se procede a la cateterización del conducto y la apertura del mismo, realizándose una anastomosis biliodigestiva del sectorial posterolateral excluido a un asa en Y de Roux con tutor transanastomótico.

Resultados: La paciente evoluciona de forma satisfactoria. Se realiza colangiografía transcáteter en el octavo día postoperatorio mostrando permeabilidad de la anastomosis y ausencia de fugas. En los controles ambulatorios posteriores la paciente mantiene una total normalidad de las pruebas analíticas y presenta mejoría visible en las cRMN de control.

Conclusiones: La ligadura de un conducto aberrante hepático derecho durante la colecistectomía puede causar una morbilidad significativa con cuadros de colangitis de repetición y atrofia hepática focal. El conocimiento de las variantes congénitas biliares aberrantes y de una posible lesión del sectorial posterior aberrante permitió el diagnóstico diferencial preoperatorio y posibilitó su solución definitiva. Su tratamiento quirúrgico puede precisar una anastomosis biliodigestiva compleja y en algunos casos, con atrofia parenquimatosa importante, requerir una resección hepática. Creemos imprescindible una colangiografía intraoperatoria, que confirme el mapa real del árbol biliar intrahepático, y en nuestro caso el apoyo de la ecografía intraoperatoria fue trascendental para la localización intrahepática de la malformación.