



# Cirugía Española



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

## O-163 - ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS TÉCNICAS DE COLEDORRAFIA TRAS EXPLORACIÓN LAPAROSCÓPICA DE LA VÍA BILIAR POR COLEDOLITIASIS. EXPERIENCIA RECOGIDA DE 12 AÑOS

*Parra Membrives, Pablo; Martínez Baena, Darío; Lorente Herce, José; Martín Balbuena, Ramón*

*Hospital Universitario de Valme, Sevilla.*

### Resumen

**Objetivos:** Revisar y analizar las tres principales técnicas de cierre del colédoco tras la exploración laparoscópica de la vía biliar: la coledocorrafia sobre tubo de Kehr, la coledocorrafia protegida por prótesis plásticas transpapilares y la coledocorrafia primaria, recogidas a lo largo de 12 años en nuestro centro.

**Métodos:** Analizamos retrospectivamente 144 pacientes sometidos a una de las tres técnicas de coledocorrafia laparoscópica descritas desde febrero de 2014 a febrero de 2016. Se estudió para cada una de ellas y de forma comparativa el desarrollo de fístulas biliares y su impacto clínico, la incidencia de complicaciones quirúrgicas a corto y largo plazo, la estancia hospitalaria y la necesidad de reingreso tras el alta hospitalaria.

**Resultados:** Sesenta y seis pacientes fueron sometidos a coledocorrafia sobre tubo de Kehr (29,4%), 62 pacientes recibieron un stent transpapilar para proteger la coledocorrafia (38,8%) y en 35 pacientes más se realizó una coledocorrafia primaria (21,9%). La estancia hospitalaria y la necesidad de reingreso fue mayor en aquellos pacientes que recibieron un Kehr. Trece pacientes (20,6%) del grupo de Kehr, 5 pacientes (8,1%) del grupo de stents transpapilares y un paciente (2,9%) del grupo de coledocorrafia primaria desarrollaron complicaciones con grado Dindo-Clavien de 3 o superior ( $p = 0,017$ ). La incidencia de fístulas biliares fue del 4,8%, 8,1% y 7,1% para el grupo de tubo de Kehr, prótesis transpapilar y cierre primario respectivamente. No hubo fístulas tipo C en el grupo de coledocorrafia primaria y todas las fístulas tipo B en estos pacientes se debieron a una duración prolongada del débito y no a la necesidad de intervenciones terapéuticas (complicaciones de grado I de Dindo-Clavien). La retirada del tubo de Kehr causó eventos adversos en un 17,5% de los pacientes y apareció un 9,7% de complicaciones directamente relacionadas con los stent. La recurrencia de coledocolitiasis no fue estadísticamente diferente entre los tres grupos y solo un paciente desarrolló una estenosis de vía biliar en el grupo de stent abiliares.

**Conclusiones:** La coledocorrafia protegida mediante tubo de Kehr o stent transpapilares no presenta valor añadido sobre el cierre primario del colédoco durante la exploración laparoscópica de la vía biliar, aunque sí morbilidad específica relacionada con los drenajes que no está presente en los pacientes que reciben una coledocorrafia ideal. Por el contrario, a pesar de que las fístulas biliares son más frecuentes tras un cierre sin descompresión con prótesis o tubo en T, la consecuencia

clínica de estas es muy limitada y son pacientes que pueden ser controlados en consultas externas hasta el cierre definitivo de las mismas.