



## P-691 - LESIÓN INADVERTIDA DE CONDUCTO DE LUSCHKA: CAUSA INFRECUENTE DE COLEPERITONEO TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

Vilar Tabanera, José Alberto; Puerta Vicente, Ana; Ocaña Jiménez, Juan; López Buenadicha, Adolfo; Losa Boñar, Nuria; Peromingo Fresneda, Roberto; López Hervás, Pedro; Nuño Vázquez-Garza, Javier

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** Los conductos de Luschka, descritos por primera vez en 1863, son conductos biliares accesorios, de menos de 2 mm de diámetro, que están en contacto con el lecho vesicular y que en su mayoría dependen del lóbulo hepático derecho, drenando en el conducto hepático derecho o en el conducto hepático común. La variabilidad anatómica de estos conductos, los hace vulnerables durante la cirugía hepatobiliar. El riesgo de lesión es del 0,4 al 1,2% según las principales series, habiendo aumentado y ganado mayor relevancia en la era de la colecistectomía laparoscópica. En cambio la lesión inadvertida de un conducto de Luschka durante la colecistectomía en un injerto hepático es excepcional. En nuestra serie de 950 trasplantes hepáticos éste es el primer paciente con dicha complicación y la revisión bibliográfica solo ha aportado la descripción de un caso adicional con antelación.

**Caso clínico:** Presentamos el caso clínico de un varón de 67 años, sometido a trasplante hepático por hepatopatía crónica por virus C, que presentó coleperitoneo postoperatorio por fuga de un conducto de Luschka. En este caso, la cirugía de donación hepática había sido realizada por otra unidad de trasplante que, a su vez, había llevado a cabo la colecistectomía en el injerto, junto a la cirugía de banco. Tras débito bilioso en el drenaje, con colangiografía normal en el 7º DPO, se constata incremento del débito y dolor abdominal en el 15º DPO, por lo que se solicita una nueva colangiografía trans-Kehr. En ella se visualiza una fuga de contraste, aparentemente en la vecindad de la anastomosis biliar. Se indica reintervención. Durante la misma, no se objetiva patología en la anastomosis, y al instilar azul de metileno a través del tubo de Kehr, se aprecia salida del mismo por un conducto de Lushka en el lecho de la vesícula. Se realizó sutura del conducto y colangiografía intraoperatoria, que resulta normal. En el postoperatorio de la reintervención, nuevamente se detecta tinción biliar en el drenaje. Una nueva colangiografía visualiza nueva fuga en el conducto aberrante en el LHD, manejada mediante CPRE y esfinterotomía, así como drenaje a bolsa del tubo de Kehr hasta la resolución.

**Discusión:** Aunque la lesión de los conductos de Luschka durante la colecistectomía en un injerto hepático es excepcional, su existencia debe ser considerada ante una fístula biliar postoperatoria en el paciente trasplantado. La visualización de estos conductos durante la colecistectomía en el injerto es difícil, ya que el hígado donante ha sido sometido a isquemia perfusión con solución de preservación, con el consiguiente edema perivesicular. En el diagnóstico de la fístula biliar

postoperatoria por esta causa distintas pruebas de imagen pueden resultar de utilidad (TAC abdominal, colangiorresonancia hepática, CPRE, CTPH, y la colangiografía a través del tubo de Kehr). Disponemos de varias opciones terapéuticas para su resolución: CPRE y esfinterotomía, con o sin colocación de prótesis biliar; sonda nasobiliar; drenaje percutáneo y sutura quirúrgica. La elección se basa en la situación clínica del paciente y los hallazgos de las técnicas de imagen.