



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-074 - CIRUGÍA ROBÓTICA EN QUISTE DE COLÉDOCO

Díaz Pérez, Beatriz; Pérez Torres, Jorge Brian; Martín Malagón, Antonio; Guil Ortiz, Beatriz; Bravo Gutiérrez, Alberto Felipe; Carrillo Pallares, Ángel

Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna.

Resumen

Introducción: Presentamos nuestra primera escisión robótica de un quiste de colédoco tipo I con reconstrucción mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux.

Caso clínico: Mujer de 19 años con hallazgo casual de quiste de colédoco durante una laparoscopia exploradora. La RMN muestra dilatación de colédoco proximal de 31 × 20 × 21 mm (TxAPxCC) con moderada prominencia de conducto hepático común y vía biliar intrahepática, sin componentes nodulares sólidos, compatible con quiste de colédoco tipo I. La cirugía fue realizada con robot Da Vinci X. Se realizó colecistectomía clásica asociada a la disección del quiste de colédoco. La sección distal del colédoco se cerró con sutura continua. La hepaticoyeyunostomía se realizó con sutura continua en doble plano de monofilamento 4/0. La yeyunoyeyunostomía mecánica se completó con endoGIA de 45 mm. Posoperatorio sin incidencias, con estancia hospitalaria de 5 días.

Discusión: Los quiste de colédoco son una entidad rara, con incidencia de 1:200.000. Son dilataciones significativas de la vía biliar en ausencia de obstrucción del flujo biliar, más frecuentes en mujeres y en la raza asiática. Suelen diagnosticarse en la infancia (60%). La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRMN) es el método de elección para su diagnóstico y planificación terapéutica. Se clasifican según Todani: I (dilatación quística extrahepática, el más frecuente, 80%); II (divertículo supraduodenal); III (coledococoele); IV (quiste extrahepático, 40%); V (síndrome Caroli, intrahepáticos). Se atribuye un origen congénito basado en la presencia de una unión anómala del conducto biliopancreático que permite el reflujo del jugo pancreático. Presentan escasa sintomatología como ictericia o dolor abdominal impreciso y hasta el 60-80% debuta en forma de sus complicaciones que principalmente son colecistitis, colangitis, pancreatitis, peritonitis biliar, abscesos hepáticos, cirrosis e hipertensión portal, degeneración maligna (2,5-30% de los casos, siendo más frecuente los adenocarcinomas (hasta 85%) y anaplásicos (10%)). El tratamiento de elección es la resección quística y de la vía biliar con colecistectomía y reconstrucción con hepaticoyeyunostomía en Y de Roux por abordaje abierto o laparoscópico. La cirugía robótica asistida para el quiste de colédoco es factible, ofrece una alta precisión y permite una reconstrucción mínimamente invasiva. El seguimiento posquirúrgico incluirá CPRMN y marcadores tumorales.