



V-140 - REALIZACIÓN DE COLECISTECTOMÍA POR LPS ASOCIADO A EXPLORACIÓN DE VÍA BILIAR CON COLEDOCOSCOPIO

Espinoza, Sofía; Ginesta, César; García, Rocio; Landi, Filipo; Fondevila, Constantino

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: La coledocolitiasis se presenta en el 5 al 10% de los pacientes con colecistitis litiásica. Se han considerado varias opciones de tratamiento para esta patología; sin embargo, hasta el 10% de estos procedimientos terapéuticos pueden ser fallidos. La coledoscopia transoperatoria se ha convertido en herramienta útil en pacientes con coledocolitiasis de difícil manejo. El objetivo es demostrar que la coledoscopia transoperatoria es una técnica segura y eficaz.

Caso clínico: Se presenta el caso de un hombre de 70 años con antecedente de colelitiasis ya conocida que acude a urgencias por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de 48 horas de evolución. A la exploración física destaca afebril, hemodinámicamente estable. Con dolor a la palpación en hipocondrio derecho. Con signo de Murphy positivo. Se realiza en urgencias una analítica sanguínea con los siguientes resultados: PCR 0,50 mg/dL, leucocitos $5,85 \times 10^9/L$, ASAT 275/A U/L, ALAT 252/A U/L, GGT 389/A U/L, bilirrubina total 3,30/A mg/dL, bilirrubina conjugada 2,20/A mg/dL, fosfatasa alcalina 153/A U/L. Se solicita ecografía para confirmar coledocolitiasis obstructiva. Eco de abdomen: hígado con ecoestructura homogénea, sin lesiones focales evidentes. Vesícula biliar de paredes finas, no litiásica. Murphy ecográfico negativo. Vía biliar no dilatada. Colédoco de calibre en el límite superior de (6-7 mm) en sus 2 tercios proximales. No se visualiza tercio distal. Dado persistencia de colestasis, se decide colecistectomía con exploración de vía biliar con coledoscopia y extracción de cálculo biliar con Dormia. Colocación de trocares bajo visión directa de 5 mm en hipocondrio derecho, flanco derecho, y subcostal derecho. Además de trocar de 11 mm en epigastrio. Vesícula hídrica y edematosa. Vía biliar dilatada y edematosa. Ecografía intraoperatoria. Se identifica vía biliar de 8 mm con coledocolitiasis en la papila. Disección de conducto y arteria cística. Sección de la arteria entre clips y sección de esta hasta vista crítica. Realización de cistectomía con clip proximal. Colocación de coledoscopia identificando litiasis enclavada en papila. Litotricia mecánica y extracción de litiasis con Dormia. Se confirma papila libre, se lava la vía biliar. Se coloca *hemolock* en conducto cístico y se completa la colecistectomía. Posteriormente paciente cursa con una evolución correcta, sin fuga biliar ni otras complicaciones y con una estancia hospitalaria de 5 días.

Discusión: Esta técnica parece ser eficaz y segura en pacientes con indicación de realización de colecistectomía asociado a la necesidad de una exploración de vía biliar al evidenciarse obstrucción de vía biliar por litiasis. Uno de los puntos principales se debe a que con esta técnica implementamos una técnica diagnóstica evitando la realización de CPRE con sus posibles

complicaciones como lo son papilitis, pancreatitis, mayor estancia hospitalaria por la lista de espera de intervenciones endoscópicas que dependen del un equipo diferente al equipo quirúrgico. Por otro lado, es una intervención diagnóstica y al mismo tiempo terapéutica, al permitirnos realizar ecografía intraoperatoria, identificación de litiasis y posterior extracción de esta con ayuda de la Dormia. El uso del coledoscopio en la exploración laparoscópica de la vía biliar ayuda a alcanzar las más altas tasas de éxito y reduce al mínimo la incidencia de litiasis residual. Sin embargo, no es una técnica que requiere de experiencia, práctica y familiarización de los cirujanos con el instrumental utilizado.