



# Cirugía Española

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



## P-281 - UTILIDAD DEL TUBO EN T DE KEHR DURANTE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLEDOLITIASIS TANTO EN CIRUGÍA ABIERTA COMO LAPAROSCÓPICA

*Ferreras Martínez, David; Gil Vázquez, Pedro José; Gómez Pérez, Beatriz; Balaguer Román, Andrés; Cayuela Fuentes, Valentín; Gómez Bosch, Francisco; Delegido García, Ana; Sánchez Bueno, Francisco*

*Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.*

### Resumen

**Introducción:** La presencia de una piedra en la vía biliar principal o coledocolitiasis puede derivar en cuadros graves de colestasis, colangitis o pancreatitis agudas graves. Por ello, en todos los casos debe plantearse su tratamiento, extrayendo dicho cálculo de la vía biliar principal. Existen dos grandes opciones terapéuticas para el manejo de la coledocolitiasis: una, es la cirugía, ya sea mediante abordaje laparoscópico de la vía biliar principal (LCBE) o por cirugía abierta clásica. La otra opción, más extendida en el mundo, es la CPRE seguido de colecistectomía quirúrgica. Clásicamente la apertura quirúrgica de la vía biliar principal se ha asociado a la colocación de un tubo en T de Kehr para proteger la sutura de la misma. Sin embargo su utilización es controvertida, tanto en cirugía abierta como laparoscópica.

**Objetivos:** Conocer la utilidad en términos de morbilidad que tiene el uso del tubo en T de Kehr durante la cirugía de la vía biliar

**Métodos:** Estudio prospectivo no aleatorizado, unicéntrico de un hospital de tercer nivel, en el seno de otro estudio mayor para la implantación de un nuevo programa de LCBE en nuestro centro.

**Resultados:** De 67 pacientes intervenidos de coledocolitiasis (59 vía laparoscópica y 8 abierta), a 13 pacientes (19,4%) se les colocó un drenaje en T de Kehr en la vía biliar tras la exploración de la misma. Se trata de un grupo de 7 mujeres (53,8%) y 6 varones (46,2%) con una edad media de 70,4 años (DE 17,7), con tendencia a padecer más antecedentes médicos previos, mayor frecuencia de litiasis múltiple en la vía biliar principal y de litiasis bien establecidas en lugar de barro biliar respecto al resto de la población estudiada. La utilización del drenaje en T se asoció al abordaje abierto de la vía biliar principal y a la conversión de LCBE a cirugía abierta, entendiéndose que fueron casos más complejos y que este abordaje normalmente implicaba un manejo más clásico. Se evidenció una mayor tasa de morbilidad posoperatoria (38,5% vs. 7,6%;  $p = 0,002$ ), así como de días de ingreso posoperatorio ( $8,8 \pm 8,1$  vs.  $1,8 \pm 1,9$ ;  $p = 0,010$ ) y de estancia hospitalaria global ( $18,9 \pm 9,1$  vs.  $11,5 \pm 6,7$ ;  $p < 0,001$ ). Respecto al manejo del drenaje en T de Kehr, se observaron un total de 5 complicaciones derivadas de su colocación (38,5%), siendo todas ellas la fuga biliar tras la retirada del drenaje. En 4 casos fue un cuadro autolimitado que requirió ingreso hospitalario y analgesia intravenosa y un caso requirió de reintervención para lavado del biloma y dejar un

drenaje.

**Conclusiones:** El tubo en T de Kehr en el tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis aumenta la morbilidad posoperatoria así como la estancia hospitalaria, sin apreciarse beneficio derivado de su utilización.