



Recurso técnico para el tubo de Kehr de difícil extracción

Sr. Director:

Aunque la mayoría de las complicaciones del Kehr se relacionan con la fuga de bilis a la cavidad abdominal, se ha descrito en algunas series la imposibilidad^{1,2} e incluso la rotura por excesiva tracción^{3,4} en el momento de retirarlo, precisando en ocasiones la reintervención.

Es por ello que creemos oportuno presentar de forma breve la experiencia de nuestro servicio con una nueva técnica segura, eficaz y reproducible para la retirada definitiva de un tubo Kehr cuando hay dificultades durante su extracción.

La técnica se ha realizado en 2 pacientes 21 días después de cirugía de revisión de vía biliar, tras comprobar en consulta la imposibilidad e inseguridad para la retirada del drenaje. En ambos casos se evidenció salida del contraste a cavidad abdominal, en vecindad al lecho quirúrgico, poniendo de manifiesto el atrapamiento del Kehr entre los tractos fibrosos creados por la reacción inflamatoria contra él.

La técnica para la extracción consistió en la introducción de una guía provista de un lazo alrededor del tubo de Kehr, entrando a cavidad abdominal bajo control radioscópico, llegando hasta la zona del cuello de la T, zona que posee mayor resistencia, donde hay menor posibilidad de que el tubo llegue a romperse con las maniobras de tracción para su retirada (fig. 1).

Una vez se ha ajustado la lazada al cuello de la T, se va extrayendo el tubo junto con la guía también por control radioscópico (fig. 2).

La técnica fue eficaz en los 2 casos, evitando la reintervención, y ambos pacientes fueron dados de alta pocas horas después, tras comprobar la ausencia de complicaciones.

**Alejandro Hernández-Morales^a,
Eudaldo López-Tomassetti^a, Luciano Delgado^a,
Nieves Lorenzo^a, Iván Arteaga^a, Francisco Díaz Romero^b
y Ángel Carrillo-Pallares^c**

^aCirugía General y AD (HUC). Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Canarias. La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

^bServicio de Angiorradiología. Hospital Universitario de Canarias (HUC). La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

^cCatedrático de Cirugía. Universidad La Laguna. Hospital Universitario de Canarias (HUC). La Laguna. Santa Cruz de Tenerife. España.

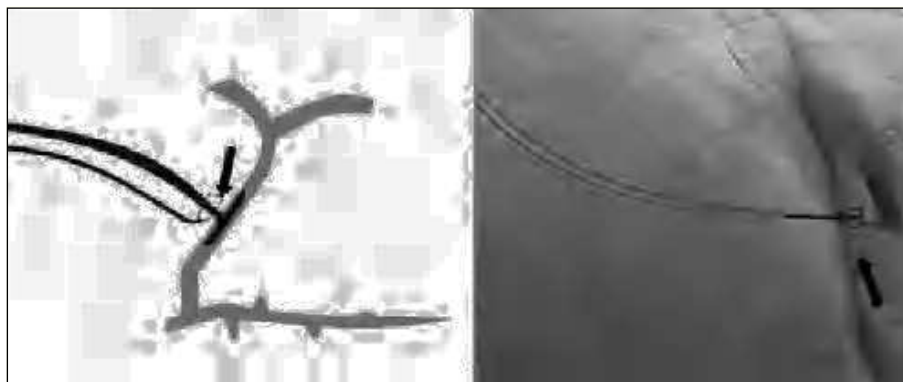


Fig. 1. El lazo de la guía se introduce en el Kehr desde el exterior y se avanza hacia el interior bajo control radioscópico. Una vez la guía llega al cuello del drenaje (flecha negra), se cierra el lazo y se ejerce tracción para la retirada.

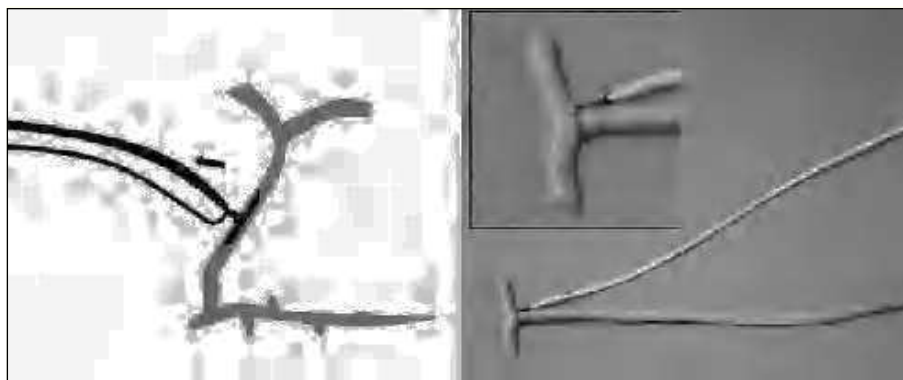


Fig. 2. El lazo se ha cerrado en el cuello del tubo en T. Como indica la flecha, es el momento de traccionar del drenaje hacia el exterior bajo control radioscópico para su retirada y evitar dejar fragmentos del drenaje en el interior. En la imagen de la derecha se puede apreciar que el drenaje está íntegro abrazado por el lazo de la guía.

Bibliografía

1. Lygidakis NJ. Hazards following T-tube removal after choledochotomy. Surg Gynecol Obstet. 1986;163:153-5.
2. Froehlich F, Nussbaumer F, Worreth M. Broken T-tube branch causing bile duct stone. Gastrointest Endosc. 2001;54:494-5.
3. Val-Carreres A, Escarpin A, Piqueras E, Elía M, Lagunas E, Arribas MD, et al. Coledocotomía y coledocografía sobre el tubo en T de Kehr. Morbilidad y mortalidad en una serie de 243 pacientes operados. Cir Esp. 2001;69:546-51.
4. Martin IJ, Bailey IS, Rhodes M, O'Rourke N, Nathanson L, Fielding G. Towards T-tube free laparoscopic bile duct exploration: a methodologic evolution during 300 consecutive procedures. Ann Surg. 1998; 228:29-34.