CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):1027

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

# V-031 - COLECISTECTOMÍA MAS COLEDOCOTOMÍA Y COLEDOCOSCOPIA TRANSCILÍNDRICAS EN LA COLELITIASIS Y COLEDOCOLITIASIS

*Grau Talens, Enrique Javier[1]; Motos Micó, Jacob[1]; Arribas Jurado, Martina[1]; Jordán Chaves, Carlos[1]; Tejero, Macarena[2]; González, Francisco[2]; Calvo, Dolores[2]; Onieva, Francisco[2]*

*[1]Hospital Siberia-Serena, Talarrubias; [2]Hospital Don Benito-Villanueva, Don Benito.*

## Resumen

**Objetivos:** La colelitiasis y sospecha de coledocolitiasis presentan varias modalidades de tratamiento: CPRE previa, Rendez-vous, CPRE posterior o colecistectomía colangiografía intraoperatoria (CIO)y coledocolitotomía laparoscópica. Nuestro objetivo es la realización de la colecistectomía y coledocolitotomía en el mismo acto operatorio mediante la colecistectomía transcilíndrica (CTC), basada en una minilaparotomía con la inserción de un separador cilíndrico, a través del cual se realiza la colecistectomía, CIO, coledocotomía con extracción de cálculos y coledocoscopia. En pacientes de alto riesgo se puede realizar con anestesia local y sedación.

**Métodos:** Desde 1993 realizamos la CTC con CIO selectiva en los pacientes con colelitiasis y sospecha o certeza de coledocolitiasis. Se describe la técnica de la CTC y de la anestesia local mediante infiltración con mepivacaína al 1% de la región epigástrica derecha y los nervios intercostales derechos 7-9. Usamos un separador metálico cilíndrico de 10 cm de largo por 3,8 de diámetro en cuyo interior se aloja un plug de metacrilato. Alternativamente, en casos ocasionales, usamos un diámetro de 5 cm. Se realiza una incisión transversa de 4-5 cm en la región epigástrica derecha a unos 3 cm del borde costal de la 7ª costilla. La incisión es uniforme de 4-5 cm de toda la pared abdominal. La vaina del recto se incide transversalmente y las fibras musculares se separan, no se cortan. a la apertura de la vaina posterior sigue la inserción de dos puntos que ayudan a la introducción del cilindro. Una vez introducido es guiado por la transparencia del tapón de metacrilato que descubre el triángulo hepatocístico con sus estructuras. La disección se realiza con material convencional y sigue los pasos de una colecistectomía de forma retrógrada. La canalización del conducto cístico no ofrece más dificultades que las de la cirugía abierta. Si se descubre coledocolitiasis, se completa la colecistectomía y se posiciona el cilindro sobre el ligamento hepatoduodenal, disecando el colédoco, que se referencia con dos puntos y se procede a su apertura y extracción de cálculos. Revisamos mediante colecoscopia (coledocofibroscopio Storz 7,5 Charr) la vía biliar principal hasta incluido ductos segmentarios y papila. La inserción de un tubo de Kehr es la regla.

**Resultados:** Hemos realizado 1.271 CTC y en 185 pacientes CIO, que ha producido 52 coledocolitiaisis, 59 coledocotomías, y se han realizado 16 coledocoscopias. La edad media 70,7 años (29-72). Duración media (DE) 126,8 (34,6) minutos, 8 conversiones y una reintervención. La colangiografía de control ha descubierto 3 cálculos residuales en pacientes no explorados por coledocoscopia.

**Conclusiones:** La coledocotomía transcilíndrica es una técnica rápida, segura y eficiente. La coledocoscopia puede evitar la colangiografía transkehr intraoperatoria y evitar cálculos residuales. En pacientes de alto riesgo se ha realizado bajo anestesia local y sedación, siendo bien tolerada.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados