



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-356 - MANEJO Y TRATAMIENTO DE UNA LESIÓN YATROGÉNICA DE VÍA BILIAR STRASBERG E4

V. Rodrigo Amador, J. Sánchez Manuel, E. García-Plata Polo, M. de la Plaza Galindo, F. Martín Acebes, S. Novotny Canals, A. Palomo Luquero, R. Parra López, I. Gil Laso, L. González Martínez y J.L. Seco Gil

Hospital General Yagüe, Burgos.

Resumen

Objetivos: Describir el manejo y tratamiento de una lesión yatrogénica de vía biliar Strasberg E4.

Caso clínico: Varón de 60 años que ingresa para realizarse una quistoperiquistectomía completa y colecistectomía en el contexto de una hidatidosis hepática y colelitiasis. El quiste hepático se encuentra de forma casual en una ecografía. Se completa el estudio con TAC-RM: describen una lesión quística de 73×58 mm en segmento V. La cirugía se realiza según lo previsto y al 5º día el paciente presenta una fístula biliar de 500 cc/d. No cede con tratamiento médico. En ecografía: colección líquida de $6,4 \times 4,8 \times 4,4$ cm compatible con biloma y leve dilatación de radicales biliares intrahepáticos. En colangiorresonancia: colección y dilatación de la vía biliar intrahepática a nivel de radicales izquierdos sin visualizar la confluencia de hepáticos ni el colédoco proximal. Identifica conducto hepático izquierdo y sectorial anterior derecho. No localiza el sectorial posterior derecho. Con estos hallazgos se sospecha una lesión alta de vía biliar a nivel de la confluencia. Después del tratamiento médico-radiológico planteamos la colocación de una prótesis biliar vía endoscópica y/o transparietohepática, pero al realizar la CPRE no se consigue la canulación del colédoco y optamos por la reparación quirúrgica en 6 semanas. Durante este periodo de espera el paciente se encuentra clínicamente estable, solucionándose la colección existente con drenaje percutáneo. En la intervención se localiza el orificio fistuloso. La confluencia biliar está interrumpida. La canulación del orificio se dirige adecuadamente hacia el conducto hepático izquierdo pero no se consigue la canulación hacia el lado derecho. Se realiza una colangiografía intraoperatoria que muestra un árbol biliar izquierdo normal y el sectorial anterior derecho. No se visualiza tampoco el sectorial posterior derecho que se estima obstruido por la patología y/o intervención inicial. Se desciende la placa hilar, se libera y se abre la cara anterior de ambos hepáticos. Se completa la colangioyeyunostomía. Durante el postoperatorio el paciente evoluciona favorablemente.

Discusión: La mayor parte de lesiones de vía biliar ocurre en colecistectomías laparoscópicas, aun así su incidencia es muy baja (0,2-0,7%). El caso que describimos de lesión de vía biliar en el contexto de una quistoperiquistectomía por hidatidosis es menos común. El diagnóstico y tratamiento precoz de estas lesiones resulta la mejor estrategia ya que se asocia a una disminución en su morbilidad. Lo ideal es repararlas en la primera semana por un cirujano experto, si no, conviene esperar al menos 4-6 semanas para controlar la fístula y que disminuyan los fenómenos inflamatorios. Los métodos diagnósticos que podemos emplear son: eco-TAC, fistulografía, colangiografía, colangioRM y CPRE-CPTH. Las opciones terapéuticas comprenden: tratamiento médico-radiológico conservador, prótesis biliares y quirúrgico (hepaticoyeyunostomía). Las lesiones de vía biliar pueden transformar una cirugía reglada sin complicaciones en una cirugía muy

compleja y gravada con una morbilidad significativa. El diagnóstico y tratamiento precoz en manos de un cirujano experto será la mejor opción. La colangiografía es un método diagnóstico fundamental. Si seguimos estas premisas nuestras posibilidades de éxito en la reparación biliar serán muy altas.