



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

## O-051 - ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA PATOLOGÍA LITIÁSICA BILIAR COMPLEJA

Gonzalo, Berta; Rodríguez, Manuel; Artigas, Vicenç; González, José; Cerdán, Gemma; Trias, Manel

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** Se propone evaluar los resultados del abordaje laparoscópico de la coledocolitiasis como único tratamiento en la litiasis vesicular y coledociana, comparando la coledocorrafia simple, con y sin sellante de fibrina.

**Métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos durante el período 2007-2015 por coledocolitiasis. Se incluyeron 75 pacientes de nuestro centro. Fueron excluidos aquellos individuos con diagnóstico de colangitis y/o colecistitis durante el mismo episodio. Durante el presente estudio se analizaron las variables tipo de intervención, empleo o no de sellante de fibrina (Tissucol) en la coledocorrafia, uso de drenaje tipo Kehr, tiempo de intervención, complicaciones intra y postoperatorias, necesidad de conversión y estancia hospitalaria postoperatoria.

**Resultados:** De los 75 participantes, 34 pacientes fueron incluidos en el grupo de coledocorrafia sin sellante, (22 mujeres y 22 varones), con una edad media de  $65,3 \pm 19,2$  años. En los 41 participantes restantes se empleó un sellante tipo Tissucol en la coledocorrafia (28 mujeres y 13 hombres), edad media de  $66,7 \pm 19,1$  años. El tiempo operatorio fue de  $163 \pm 39,9$  minutos en el primer grupo y de  $128,6 \pm 29,6$  minutos en el segundo. La estancia operatoria no presentó diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, con una media de  $5,4 \pm 3,9$  días en el grupo 1 y de  $5,8 \pm 4,64$  días en el grupo 2. Sin embargo, se apreció significación estadística el aumento de estancia hospitalaria de los pacientes portadores de drenaje tipo Kher respecto aquellos que no lo portaban, aspecto objetivado en ambos grupos de estudio. Respecto a las complicaciones postoperatorias se evidenció mayor número de fistulas biliares en el grupo sin sellante (5 casos reportados de 34 pacientes estudiados, respecto a los 3 casos de entre los 41 participantes en los que se empleó sellante). Asimismo, la presencia del tubo de Kehr condicionó mayor débito de las fistulas evidenciadas, estando presente en todas las fistulas de alto débito a diferencia de aquellas que fueron de bajo débito, en las que no se había empleado dicho drenaje. La coledocolitiasis residual se objetivó en 2 de los casos del grupo 1, sin estar presente en el grupo con empleo de sellante. Se evidenció una complicación hemorrágica en cada uno de los grupos. Asimismo fue necesaria una reintervención quirúrgica en cada uno de los grupos, por las complicaciones hemorrágicas descritas anteriormente, sin estar relacionadas en ninguno de los casos con formación de bilioma, coleperitoneo u otras complicaciones biliares.

**Conclusiones:** El abordaje laparoscópico de la coledocolitiasis es un procedimiento factible y seguro. El cierre de la vía biliar sin tutor y utilizando un sellante de fibrina disminuye el número de fistulas biliares y el débito de las mismas. El cierre con tubo de Kehr presenta mayor estancia hospitalaria y mayor número de fistulas biliares.