



V-011 - LESIÓN IATROGÉNICA DE UN CONDUCTO ABERRANTE DEL SECTORIAL POSTEROLATERAL DERECHO HEPÁTICO (SEGMENTOS VI-VII). DIFICULTADES EN SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Etxart Lopetegi, Ane; Gómez Portilla, Alberto; Reyhani Calvo, Arasteh; Larrañaga, Maitane; Maqueda, Aintzane; Siebel, Paula; Bustamante Mosquera, Ruth; Camuera, Maite

Hospital Universitario de Álava, Álava.

Resumen

Introducción: Las lesiones biliares en la era laparoscópica suponen una incidencia menor del 1% de las colecistectomías practicadas, siendo una de las principales causas de lesión las variantes anatómicas biliares, que son relativamente frecuentes. Se considera conducto aberrante biliar cuando el drenaje de un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del árbol biliar. Su ligadura o sección implica una complicación de muy difícil diagnóstico y exige una reconstrucción quirúrgica compleja.

Caso clínico: Mujer de 47 años de edad intervenida el 26/06/2013 por colelitiasis sintomática mediante colecistectomía laparoscópica programada. Evolución inicial satisfactoria con alta el 2º día postoperatorio. 3 días después, acudió al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso y vómitos alimenticios. La analítica destacaba leucocitosis con desviación izquierda. En la TAC abdominal inicial se describían cambios postquirúrgicos sin objetivarse colecciones ni otros hallazgos significativos. Ingresada en Cirugía para estudio y evolución, la paciente presentó empeoramiento clínico y analítico. Una nueva TAC abdominal demostró una colección retrogástrica. Una cRMN posterior objetivó progresión de la colección, sugiriendo como primera posibilidad diagnóstica un pseudoquiste pancreático. A la semana de su ingreso la TAC abdominal de control constató el aumento de la colección sugiriendo el diagnóstico diferencial con colección líquida (bilis vs linfa) o pseudoquiste pancreático. La ecoendoscopia con PAAF de la colección puso de manifiesto que se trataba de bilis y se procedió al drenaje percutáneo de la colección. Una CPRE objetivó fuga de contraste a nivel de las grapas quirúrgicas practicándose esfinterotomía y colocación de una prótesis biliar plástica. La persistencia de la fistula biliar externa, hizo sospechar una posible lesión del conducto posterolateral derecho aberrante. Una nueva cRMN no identificó el drenaje biliar de los segmentos posterolaterales del LHD, por lo que se decidió reintervención laparotómica el 31/07/2013. En la cirugía se objetivó una fuga biliar a nivel de la placa hiliar. La primera colangiografía transcística permitió demostrar una fuga biliar a nivel de la inserción del conducto aberrante en el hepático común. Tras sutura de la fuga, una posterior colangiografía evidenció una ausencia de relleno del sectorial posterolateral derecho. Identificada la fistula proximal en la placa hiliar, se cateterizó y se realizó una colangiografía selectiva, demostrándose el conducto posterolateral derecho aberrante lesionado. La solución quirúrgica contempló una reconstrucción mediante colangiolyeyunostomía en Y de Roux del sectorial posterior derecho tutorizada con T de Kehr. La paciente presentó una evolución favorable y fue dada de alta el 15ºdía postoperatorio. En controles de seguimiento la paciente permanece clínica, analítica y radiológicamente asintomática.

Discusión: La trascendencia clínica de la ligadura o sección de un conducto aberrante, depende del volumen del parénquima drenado por el conducto. El caso de nuestra paciente pone de manifiesto la trascendencia clínica de la sección de un conducto aberrante, la dificultad diagnóstica y su retraso terapéutico. La solución técnica del problema exige el refrescamiento de bordes, una plastia de ampliación anastomótica, cuando se precisa, y en nuestra experiencia, la tutorización temporal de la sutura, ayuda al control postoperatorio.