



# Cirugía Española



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

## V-012 - Quiste de colédoco. Tratamiento quirúrgico mediante abordaje combinado

González Serrano, Carmen; Cruz González, Inmaculada; Ruiz Carballo, Sandra; García Herrero, Silvia; Méndez Martín, Jaime Jesús; Iturburu Belmonte, Iñaki

Hospital de Basurto, Bilbao.

### Resumen

**Introducción:** El quiste de colédoco (QC) es una rara enfermedad de la vía biliar, que se caracteriza por dilataciones aisladas o múltiples de los conductos biliares extra e intrahepáticos. Presentamos un caso de QC tipo I tratado quirúrgicamente mediante abordaje combinado laparoscópico-laparotómico.

**Caso clínico:** Mujer de 25 años de edad que acude a urgencias por episodios cíclicos de dolor abdominal, vómitos y fiebre. La analítica destaca una bilirrubina de 2,9 mg/dl y GPT 247UI/l. La ecografía abdominal mostró una dilatación quística del hilio hepático sugiriendo quiste de colédoco. La CRMN confirmó la dilatación quística del conducto biliar común, consistente en un QC tipo I. La paciente fue intervenida quirúrgicamente mediante un abordaje mixto con resección completa del quiste y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Se inició el procedimiento vía laparoscópica mediante la colocación de 4 trócares. En primer lugar se efectuó disección de la vesícula biliar de su lecho. El conducto cístico se preservó para la tracción y la escisión en bloque. Posteriormente se realizó disección distal y proximal del quiste hasta la zona no dilatada, donde tras colocar Hem-o-lok<sup>®</sup> se procedió a la sección y resección del mismo. El yeyuno fue seccionado a unos 20 cm distal al ligamento de Treitz, usando una grapadora lineal Endo-GIA. Se practicó anastomosis yeyunoyeyunal mecánica, con cierre manual y se ascendió el asa para la anastomosis hepático-yeyunal por vía antecólica. Debido a la dificultad técnica para realizar la anastomosis bilioentérica, por el pequeño calibre del conducto hepático, decidimos realizar una minilaparotomía subcostal derecha. La evolución postoperatoria fue favorable siendo dada de alta al 8º día postoperatorio.

**Discusión:** Una vez que el QC ha sido diagnosticado, debe realizarse tratamiento quirúrgico precoz para prevenir los episodios recurrentes de colangitis, que pueden conducir a cirrosis hepática, la transformación maligna, la ruptura u otras graves complicaciones. La resección completa con derivación biliodigestiva es el tratamiento de elección para el QC. La resección laparoscópica es un procedimiento factible, pero requiere un mayor grado de habilidad técnica. Tanaka et al han informado, al igual que nosotros, la posibilidad de realizar una minilaparotomía para efectuar la hepaticoyeyunostomía después de la extirpación laparoscópica con el fin de evitar dificultades técnicas y complicaciones postoperatorias.