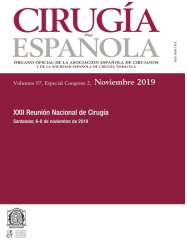




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-204 - CONDUCTO CÍSTICO DUPLICADO: UN RETO QUIRÚRGICO

Otazu, Lucia; Sánchez Gil, Ana; Senra, Fátima; Ortega, Ignacio; Benito, Silvia; Páramo, Javier; Menchero, Arsenio

Hospital Universitario Móstoles, Madrid.

Resumen

Introducción: La variabilidad anatómica en el árbol biliar es frecuente en la población mundial (hasta en un 47%). Sin embargo, la duplicidad del conducto cístico drenando una única vesícula biliar es extremadamente rara. En la literatura inglesa solo se han descrito 20 casos, la mayoría de ellos con diagnóstico intraoperatorio (84%) a pesar del estudio preoperatorio de la anatomía biliar mediante pruebas de imagen. Presentamos el caso de un varón con colangitis secundaria a coledocolitiasis y conducto cístico duplicado.

Caso clínico: Varón de 65 años con antecedentes de ictus hace 4 años, insuficiencia aórtica moderada y dislipemia en tratamiento que a mediados de 2018 presentó un cuadro de colangitis grave que requirió ingreso. En TC y colangioRM se objetivaron litiasis en colédoco distal sin clara dilatación de la vía biliar. Se decidió realización de CPRE, siendo fallida por imposibilidad de canulación de la vía por la presencia de un divertículo en segunda porción duodenal con situación intradiverticular de la papila. Se tomaron biopsias de la papila. El análisis histopatológico era sugestivo de adenoma tubular con displasia de bajo grado. Tras antibioterapia de amplio espectro (piperacilina-tazobactam 10 días) y medidas de soporte, el paciente fue dado de alta. Tras dos CPRE más para llevar a cabo ampulectomía y extracción de coledocolitiasis, que fueron también fallidas por imposibilidad de canulación de la vía, se decide realizar colecistectomía y exploración quirúrgica de vía biliar. El procedimiento se llevó a cabo sin incidencias, extrayendo la coledocolitiasis a través de coledocorrafia y colocando un tubo de Kher. Se objetivó un conducto cístico en posición habitual y un segundo conducto en posición posterior que seguía un recorrido craneal hasta drenar en el conducto hepático derecho, por lo que se decidió realización de colangiografía intraoperatoria que corroboró estos hallazgos. Se revisaron los estudios radiológicos preoperatorios, en los que se identificaba con dificultad esta alteración, razón por la que pasó inadvertida. (fig.). El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al 5º día postoperatorio. Se retiró el tubo de Kher a las 4 semanas.



Discusión: El conducto cístico duplicado ocurre con mayor frecuencia en mujeres de mediana edad (75%). En el 55% de los pacientes con duplicidad del conducto cístico (20) se observa una anatomía en “H” con el conducto cístico uniéndose al conducto hepático común o hepático derecho, constituyendo la configuración más frecuente. Las pruebas de radiodiagnóstico pueden fallar a la hora de diagnosticar anomalías anatómicas, se calcula que hasta un 35% de las anomalías del conducto cístico pasan desapercibidas en la TC y colangioRM. Esta variante aumenta el riesgo de lesión de vía biliar, reconversión a cirugía abierta y complicaciones postoperatorias. A pesar de su escasa casuística, como en el resto de variaciones anatómicas de la vía biliar, es de gran utilidad conocer o sospechar su existencia de manera preoperatoria para extremar el cuidado en las maniobras de disección, reduciendo la posibilidad de conversión a cirugía abierta, o la lesión de conducto biliar principal.