



O-191 - MORBILIDAD Y RESULTADOS TRAS LA CIRUGÍA DE LOS QUISTES DE COLÉODOCO Y EL RESTO DE LA VÍA BILIAR: ¿ESTÁ JUSTIFICADA SU RESECCIÓN?

Moro Portela, Gerardo; Perfecto Valero, Arkaitz; Encinas Gutiérrez, Jaime; Villota Tamayo, Beatriz; Prieto Calvo, Mikel; Ventoso Castiñeira, Alberto; Ruiz Ordorica, Patricia; Gastaca Mateo, Mikel

Hospital Universitario de Cruces, Bilbao.

Resumen

Objetivos: Los quistes de coléodo (QC) se entienden como la dilatación quística de la vía biliar (VB) en ausencia de una obstrucción al flujo bilio-pancreático. Son infrecuentes, con una incidencia muy baja en los países occidentales (1:200.000), y más habituales en el sexo femenino. Principalmente se diagnostican en edades tempranas y en casi todos los casos el tratamiento de elección es la resección, por el potencial riesgo de malignización descrito (5-30%). Justificar la cirugía como tratamiento de los QC en base al potencial beneficio de minimización del riesgo de malignización, y valorar la morbimortalidad posoperatoria acontecida.

Métodos: Estudio retrospectivo y unicéntrico sobre la morbimortalidad posoperatoria y el hallazgo de patología oncológica relacionada con los QC, en una muestra de pacientes intervenidos entre el 1/1/2000 y el 30/4/2025, con seguimiento hasta la actualidad.

Resultados: 30 pacientes fueron intervenidos durante el periodo estudiado. El 73% (22) fueron mujeres. En un 23% (7) se realizó el diagnóstico antes de los 20 años, siendo la ecografía la primera prueba realizada (63%, 19). Posteriormente se realizó una colangiopancreatografía por resonancia magnética en el 100% de los casos. La mayoría de los pacientes estaban asintomáticos, siendo el dolor abdominal inespecífico y la pancreatitis las formas de presentación más frecuentes en los pacientes sintomáticos (33% y 13%, respectivamente). No se sospechó malignidad preoperatoria en ningún caso. El tipo de QC más habitual, según la clasificación de Todani, fue el I (17, 56%) seguido del V o enfermedad de Caroli (5, 16%). En el 86% de los casos se realizó cirugía abierta y en el 14% restante cirugía mínimamente invasiva laparoscópica o robótica. La técnica empleada en todos los tipo I y tipo IV fue la resección de la VB patológica con colecistectomía y hepaticoyeyunostomía amplia en Y de Roux, en 1 caso mediante intervención totalmente robótica. En los casos de tipo V o Caroli se realizó trasplante hepático, mientras que en los tipo VI o quistes de conducto cístico la colecistectomía laparoscópica fue el tratamiento elegido. La mediana de estancia hospitalaria fue de 9 días (5-75), con una tasa de reingreso a los 30 días del 22%. La tasa de complicaciones mayores Clavien-Dindo #1 3a a 90 días fue del 26% (7). La complicación mayor más habitual fue la colección intraabdominal en el 86% de los casos (6), siendo necesaria la reintervención quirúrgica solamente en 1 caso. 1 paciente presentó colangitis posoperatoria y otro paciente abscesos hepáticos tras la cirugía como complicación abdominal mayor. La mortalidad a 90 días posoperatorios fue nula. En 2 pacientes (6%) el estudio anatomo-patológico informó de malignidad (1 TPMI y 1 carcinoma sarcomatoide). A largo plazo no se observó malignidad *de novo* en el territorio biliopancreático en ningún paciente.

Conclusiones: En muchas ocasiones el manejo pre, intra y posoperatorio de los pacientes con QC puede resultar complejo. Sin embargo, la indicación de cirugía resectiva debe individualizarse en cada uno de los casos ya que la incidencia de tumor fue baja y con morbilidad posoperatoria no desdeñable.