



## P-308 - ANOMALÍAS DEL ÁRBOL BILIAR: DOBLE CONDUCTO CÍSTICO

Rosselló Vicens, Gabriel Ángel; Gómez, Helena; Coronado, Dani; Ribas, Ruth; González, Sergio; López, Camilo; Martí, Isidre

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

### Resumen

**Introducción:** El conocimiento de la anatomía del árbol biliar del paciente es esencial para evitar lesiones iatrogénicas. El estudio preoperatorio puede permitirnos conocer el esquema individual de cada caso y así escoger el abordaje quirúrgico más adecuado, sin embargo, existen anomalías que se detectan intraoperatoriamente. La variabilidad anatómica de la vía biliar está descrita ampliamente en la literatura científica actual. Exposición de caso clínico y revisión de la literatura científica.

**Caso clínico:** Mujer de 73 años con antecedente de colangitis que resolvió con antibioticoterapia y colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) con extracción de dos coledocolitiasis. Previo a la CPRE se realizó colangiorresonancia magnética que solamente confirmaba la existencia de coledocolitiasis, sin aportar más datos de interés. Se propone para colecistectomía laparoscópica de forma electiva. Durante la cirugía, tras realizar el clipaje de arteria y conducto císticos bajo visión crítica de seguridad del triángulo de Calot, se identifica estructura tubular accesoria que drena en vesícula biliar. Se realiza colangiografía intraoperatoria transcística que descarta lesión de vía biliar principal y confirma la presencia de un segundo conducto accesorio cístico. Se evidencia, a su vez, coledocolitiasis distal residual. Tras la intervención se realizó CPRE para extracción de coledocolitiasis distal prepapilar y pudo ser dada de alta al tercer día posoperatorio sin presentar complicaciones.

**Discusión:** La existencia de un conducto cístico accesorio es una anomalía infrecuente en el árbol biliar siendo visualizado y confirmado en la gran mayoría de casos intraoperatoriamente y pasando desapercibido en estudios complementarios preoperatorios mediante colangiorresonancia y CPRE, como en el caso expuesto. Hasta un 10% de la población presentan variaciones anatómicas del drenaje biliar como resultado de su complejo desarrollo embriológico. El 90% de las anomalías de las vías biliares se encuentran cerca del triángulo de Calot. No identificarlas, puede provocar una fuga biliar, causando una morbilidad significativa que oscila entre el 0,2 a 2% de los casos tras la colecistectomía laparoscópica. En 1956, Caster y Flannery estudiaron 101 casos con anomalías congénitas de la vesícula biliar y clasificaron los conductos císticos dobles en tres tipos según el sitio del drenaje. El tipo H es la variante más común en la que el segundo conducto cístico drena por separado hacia el conducto hepático izquierdo, derecho o común, como en nuestro caso. En la variante tipo Y, ambos conductos císticos se unen para formar un canal común que drena hacia el conducto hepático común. La tercera variante es el tipo trabecular en el que el conducto accesorio drena directamente al parénquima hepático. La extrema rareza de esta variación plantea un desafío

para los cirujanos, y pasar por alto el caso puede tener consecuencias no deseadas, como lesiones de las vías biliares y morbilidad posoperatoria. Es importante destacar la visión crítica de seguridad de Strasberg y el uso de la colangiografía intraoperatoria para realizar una cirugía segura.