



## VC-061 - DESAFÍOS TÉCNICOS DEL ABORDAJE TRANSCÍSTICO EN LA EXPLORACIÓN DE LA VÍA BILIAR: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

Sala Carazo, Paula; Castaño Ortega, Juan Carlos; Coronado, Daniel Rolando; Ribas, Ruth; Ramos, Isabel; Tresierra, Luis; López, Camilo; González, Sergio

Consorci Sanitari Integral-Hospital de L'Hospitalet, L'Hospitalet de Llobregat.

### Resumen

**Introducción:** La exploración de la vía biliar en un solo tiempo quirúrgico para el tratamiento de la coledocolitis con vesícula *in situ* ha demostrado ser una estrategia segura y eficaz. Este enfoque se asocia con menor tiempo de hospitalización, resolución más rápida de la obstrucción biliar, menor exposición a radiación y menor incidencia de colangitis posterior a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). En los últimos años, el incremento de la experiencia quirúrgica y los avances tecnológicos –como el coledoscopio y la litotricia– han favorecido un abordaje transcístico, reservando la coledocotomía como recurso final. Este cambio ha contribuido a reducir las complicaciones posoperatorias. Sin embargo, el abordaje transcístico puede implicar desafíos técnicos que requieren pericia y adaptabilidad intraoperatoria. Describimos dificultades técnicas durante el abordaje transcístico en la exploración de la vía biliar (EVB), mediante dos casos clínicos, y proponer estrategias para su resolución.

**Casos clínicos:** Se presentan dos casos con dificultades durante la EVB por vía transcística. Las complicaciones fueron resueltas mediante diferentes técnicas quirúrgicas e instrumental específico, documentadas con material videográfico. Caso clínico 1: mujer de 52 años, con antecedentes de trastorno ansioso-depresivo y migraña, sin cirugías previas. Ingreso previo por colangitis; la colangiorresonancia magnética (CRM) reveló colelitiasis y coledocolitis distal de 8 mm, con dilatación del colédoco hasta 14 mm. Se programó colecistectomía laparoscópica con EVB transcística. Durante la cirugía se evidenció colecistitis aguda y dificultad para identificar las estructuras del triángulo de Calot. Posterior al clipaje de la arteria cística, se observó desinserción del conducto cístico. Para la colangiografía se utilizó sonda Foley, lo que permitió administrar contraste sin fugas. Se confirmó litiasis distal. Se completó la colecistectomía para mejorar la visualización. Se realizó coledoscopia e intento de extracción con cesta de Dormia. Ante la dificultad, se amplió el orificio cístico, extrayendo la litiasis, y se cerró posteriormente el defecto con sutura barbada de 4/0. Caso clínico 2: hombre de 74 años, con antecedentes de hipotiroidismo, dislipidemia, hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna, obesidad y apendicectomía. Ingresó por colangitis en marzo de 2025; la CRM mostró coledocolitis distal de 6 mm y leve ectasia de la vía biliar extrahepática. Se indicó colecistectomía con EVB transcística. Se disecó el triángulo de Calot y se seccionó la arteria cística. Tras clipaje distal del conducto cístico, se intentó introducir el coledoscopio, lo cual fue difícil por la falta de dilatación, por lo que se usó un dilatador. Durante la tracción, se rompió el cístico, perdiendo el acceso. Se resolvió con una sutura en su inserción en la vía biliar principal, permitiendo la introducción del coledoscopio. No se evidenció litiasis y se cerró el defecto con sutura barbada.

**Discusión:** El abordaje transcístico en la EVB en un solo tiempo es efectivo y menos invasivo que la coledocotomía, aunque puede presentar dificultades técnicas. La experiencia quirúrgica, el uso adecuado del instrumental y la capacidad de adaptación intraoperatoria son esenciales para resolver complicaciones sin recurrir a abordajes más agresivos.