



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



V-057 - FUGA BILIAR POSTRASPLANTE HEPÁTICO DE ETIOLOGÍA INUSUAL Y RESOLUCIÓN INFRECUENTE

Zambrano Cárdenas, Kevin Joel; Álvarez Sáez, Arantxa; Velázquez Rebosa, Fabián; Bosca Robledo, Andrea; Calatayud Mizrahi, David; Hernando Sanz, Ana; Montalvá Orón, Eva María; López Andújar, Rafael

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: La variante anatómica de un conducto biliar se caracteriza por la ausencia de comunicación con el árbol biliar principal y el drenaje independiente de una parte del parénquima hepático. Las anomalías de los segmentos derechos representan aproximadamente un 20%, siendo la independencia completa de un segmento una malformación congénita rara sobre un 2% de los casos. Su manejo clínico y la escasa evidencia disponible, se debe a su lesión en las colecistectomías. En referencia al trasplante hepático, estos casos aún son más excepcionales. En el vídeo, se expone el manejo diagnóstico y terapéutico de una fuga biliar postrasplante hepático secundario a uno de estos conductos resolviéndose mediante anastomosis hepático-cística.

Caso clínico: Varón de 63 años trasplantado por cirrosis criptogénica y hepatocarcinomas tratados con ablación. En el posoperatorio inmediato presenta fuga biliar persistente, manejada inicialmente de forma conservadora, pendiente de evolución del débito biliar. Al 18.º DPO, reingresa en Reanimación por coleperitoneo, requiriendo nuevo drenaje guiado por radiología intervencionista. En hospitalización, una vez estabilizado, se completa estudio: La CPRE descarta fuga anastomótica. Una colangioRM con PRIMOVIST identifica una fuga desde un canalículo que drena el segmento 6. Se plantea esclerosis por radiología intervencionista, pero se suspende, ya que al realizar el control por escopia, al introducir contraste por el drenaje, se sospecha de un trayecto hacia el duodeno. Un TC posterior, con contraste a través del drenaje descarta afectación del duodeno, y muestra una "colangiografía indirecta" que evidencia drenaje de gran parte del LHD a través de la variante del conducto biliar. Ante estos hallazgos, se decide revisión quirúrgica, planteándose incluso hepatectomía derecha como última alternativa. Intraoperatoriamente se confirma la fuga biliar de una variante hepática derecha. Mediante colangiografía, se evidencia un relleno significativo e independiente, de buena parte del árbol biliar derecho. Se realiza una anastomosis término-terminal entre dicho conducto y el remanente del conducto cístico del receptor, que también se explora previamente mediante colangiografía, con correcto relleno de la anastomosis biliar, y del resto del árbol biliar. Posoperatoriamente, el paciente presenta una colección subcapsular en el LHI, drenada sin complicaciones, y es dado de alta al 8.º día tras la cirugía.

Discusión: Las variantes de los conductos hepáticos son difíciles de identificar durante la extracción hepática y su lesión es rara, pero deben considerarse como causa de fuga biliar postrasplante si se descarta la fuga de la anastomosis. El diagnóstico requiere pruebas de imagen,

siendo especialmente indicadas técnicas con alta especificidad como la RM con PRIMOVIST, mientras que técnicas invasivas como la colangiografía se reservan para uso intraoperatorio o intervencionista. La CPRE es útil, sobre todo en fugas de la anastomosis, tratándose mediante esfinterotomía con o sin prótesis. Las opciones terapéuticas para casos como el presentado, tienen escasa evidencia, incluyendo esclerosis o técnicas similares por intervencionismo, ligadura quirúrgica, derivación hepaticoyeyunal, reconfeción del hilio biliar, o hepatectomía. En el caso descrito, la reconstrucción del hilio biliar parece ser la opción más adecuada y fisiológica, teniendo en cuenta al compromiso funcional del LHD y el contexto postrasplante reciente.