CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):635

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-262 - REVISIÓN Y PRESENTACIÓN DE UN CASO INÉDITO DE DUPLICACIÓN VÍA BILIAR COMÚN (DCBC)

Alberca Páramo, Ana; Padilla Valverde, David; Villarejo Campos, Pedro; García Santos, Esther Pilar; Bertelli Puche, José Luis; Núñez Guerrero, Paloma; Sánchez García, Susana; Martín Fernández, Jesús

Hospital General, Ciudad Real.

Resumen

Introducción: La DCBC, es una alteración congénita insólita. Los conductos suelen drenar uno al duodeno y el otro en distintos segmentos del tracto gastrointestinal superior (estómago, duodeno o ducto pancreático principal), éste es el conducto biliar común accesorio (CBCA).

Caso clínico: Mujer de 77 años derivada por aumento de transaminasas (GOT, GPT, GGT y FAL), astenia, anorexia, pérdida de peso y coluria dudosa. Se solicitó tomografía computarizada (TC) abdominal observando un colédoco distal de 20 mm con dilatación retrógrada de la vía biliar intra y extrahepática. La colangioresonancia magnética (colangioRM), observaba duplicación de la vía biliar común con desembocadura anómala del mismo. El conducto derecho hepático se continuaría con la vía biliar común, mientras que el izquierdo, se continuaría con el colédoco duplicado que desembocaría ectópicamente en el margen posterior y craneal del antro pilórico. Se realizaron sucesivas colangiopancreatografías retrógradas endoscópicas (CPRE) con esfinterotomía y colocación de endoprótesis sin solventar clínica biliar, por ello se decidió realizar tratamiento quirúrgico: colecistectomía reglada y colangiografía intraoperatoria (CIO) a través del conducto cístico, observando defectos de repleción en su interior sugerente de litiasis. Tras coledocotomía y lavado con Fogarty se extraen múltiples cálculos y barro biliar. Se coloca tubo en T y comprobamos relleno hacia el estómago en dirección distal y relleno de contraste hacia el resto del árbol biliar, incluyendo la vía biliar principal en sentido proximal. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. Actualmente la paciente se encuentra asintomática.

Discusión: Las duplicaciones de las vías biliares extrahepáticas son variantes anatómica inusuales, con aproximadamente 130 casos publicados. La DCBC podría deberse a perturbaciones en la recanalización del primordio hepático. Existe una clasificación basada en la anatomía según la cual encontramos 5 tipos de DCBC: tipo I, un tabique divide el conducto biliar; tipo II, bifurcación del conducto distal con drenaje intestinal independiente; tipo III, duplicaciones de las vías biliares extrahepáticas sin o con canales de comunicación intrahepáticas; tipo IV, duplicación de las vías biliares extrahepáticas; tipo V, drenaje biliar a conductos biliares sin o con comunicación. Los subtipos más frecuentes son los tipos III o IV, nuestro caso es una variante del tipo IV nunca descrita anteriormente (comunicación de las ramas intrahepáticas: conducto hepático derecho que se continúa con biliar común y el hepático izquierdo comunicado con el derecho y continuado con vía biliar común accesoria). Desconocemos la incidencia real. Es más frecuente en mujeres con edad

media 46,1 años. La colangioRM y CPRE prequirúrgica permite dibujar las vías biliares, objetivar su calibre, y valorar posible malformación o anormalidad. La CIO permite diagnosticar 6-10% de variantes anatómicas biliares. Las complicaciones más frecuentes de CBCA suelen ser coledocolitiasis (33%), colangitis y pancreatitis. El estudio prequirúrgico exhaustivo es importante para prevenir lesiones ductales accidentales. El tratamiento que se plantea ante DCBC dependerá de la clínica y tipo de apertura del CBCA. La DBCB es una variante anatómica rara. Es importante realizar estudio prequirúrgico con colangioRM y durante la cirugía con CIO. El tratamiento a realizar dependerá de la clínica del paciente.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados