



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-200 - FÍSTULA BILIAR POSHEPATECTOMÍA IZQUIERDA EN PACIENTE CON VARIANTE DE LA VÍA BILIAR TIPO III. UNA COMPLICACIÓN DIFÍCIL DE ABORDAR

*López de la Torre Molina, Beatriz; Caso Maestro, Óscar; García Conde, María; Fernández, Magel; Yanes, Loreto; Jiménez Romero, Luis Carlos; Loínaz Sergurola, Carmelo*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Introducción:** El conocimiento de las variantes anatómicas de la vía biliar (VB) es de gran importancia por la creciente prevalencia y complejidad de la cirugía hepatobiliar. Existen variantes anatómicas de la VB hasta en el 40% de la población. Entre las variantes de la VB derecha, podemos distinguir: Tipo 1 (más frecuente) el conducto posterior derecho drena en el conducto anterior derecho para formar el conducto hepático derecho. Tipo 2, los conductos derecho posterior, derecho anterior y conducto hepático izquierdo se unen en el mismo punto para formar el conducto hepático común (trifurcación). Tipo 3, el conducto posterior derecho drena hacia el conducto hepático izquierdo. Tipo 4, el conducto posterior derecho drena directamente en el conducto hepático común. Presentación de un caso clínico tratado en nuestra unidad describiendo con detalle el desarrollo de una complicación grave atípica y los pasos que se llevaron a cabo para su tratamiento.

**Caso clínico:** Paciente mujer de 43 años sin antecedentes de interés, diagnosticada de un colangiocarcinoma intrahepático de 5 cm ocupando el LHI con extensión linfática al ligamento gastrohepático, sometida a tratamiento quirúrgico. Se realizó una hepatectomía izquierda con linfadenectomía del ligamento gastrohepático. La anatomía patológica fue compatible con colangiocarcinoma intrahepático multinodular diferenciado con márgenes libres y afectación de 5 ganglios de 15 analizados (pT2bN1). El postoperatorio transcurrió con el desarrollo de una fístula biliar de alto débito que se manejó conservadoramente. Inicialmente se realizó una CPRE en la que no se evidenció fuga tras la realización de la colangiografía. En una CRM posterior se identificó la existencia de un conducto hepático derecho posterior que cruzaba la línea media para drenar en el conducto hepático izquierdo (tipo III) y que drenaba en el borde de sección hepático. Ante los hallazgos se decidió realizar una CTPH confirmando los hallazgos, por lo que se dejó colocado un catéter biliar externo. Tras varios intentos de reparación por vía intervencionista no fue posible canalizar el conducto aberrante, por lo que se dejó colocado un catéter biliar transparietohepático que canalizaba la VB y salía por el trayecto fistuloso. Tras 4 meses de la primera cirugía se realizó una nueva intervención quirúrgica. Durante la cirugía se identificó un trayecto fistuloso con el catéter biliar en su interior saliendo entre el borde hepático y el estómago, con un calibre de 1 cm y con una pared gruesa de 2-3 mm. Se decidió realizar una hepático-yeyunostomía en Y de Roux con el trayecto fistuloso dejando el catéter biliar trans-anastomótico. El posoperatorio transcurrió sin incidencias y tras retirar el drenaje intra-abdominal se realizó una colangiografía transcatéter que demostró la ausencia de fugas, pudiendo retirar el catéter biliar.

**Discusión:** Para llevar a cabo una resección hepática eficaz, es imprescindible un estudio anatómico detallado de posibles variantes de la vía biliar. En el caso de fistulas biliares complejas, la utilización de un trayecto

fistuloso bien formado es una alternativa para realizar una derivación bilio-entérica y tratar así la fístula biliar.