



V-121 - SECCIÓN DE UN CONDUCTO BILIAR ABERRANTE DURANTE UNA COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. TOMA DE DECISIONES

García Gutiérrez, Virginia; Carrión Álvarez, Lucía; Martínez-Piñeiro Muñoz, Juan Antonio; Haro Preston, Pablo; Fernández Briones, Paula; Muñoz Martín, María; Rodríguez Blázquez, Natalia; Pereira Pérez, Fernando

Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Resumen

Introducción: Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar producidas durante la colecistectomía, aunque infrecuentes, suponen un problema importante. Actualmente la colecistectomía laparoscópica es el tratamiento *gold standard* en el tratamiento de la colelitiasis sintomática. Después de la aparición del abordaje laparoscópico, múltiples estudios coinciden en un aumento de la incidencia de la lesión de la vía biliar comparando vía abierta y laparoscópica (0,1-0,2% y 0,4-0,6% respectivamente). Estudios más recientes han descrito una incidencia menor (0,1-0,2%). Es fundamental saber reconocer la lesión y realizar un tratamiento correcto en el momento adecuado. Se estima que las anomalías del árbol biliar están presentes hasta en un 20% de la población, siendo las más frecuentes las del árbol biliar derecho y dentro de estas los conductos aberrantes del sector posterior. En la clasificación de Strasberg de las lesiones de la vía biliar, los tipos A, B y C corresponden con lesiones de un conducto biliar derecho aberrante.

Caso clínico: Paciente mujer de 24 años que presenta cuadros de cólico biliar los últimos meses, tres de ellos de mayor intensidad. Se realiza una ecografía abdominal con hallazgo de colelitiasis (la mayor de 19 mm). La analítica preoperatoria es normal. Se decide realizar la colecistectomía laparoscópica. Durante la intervención, tras la sección del conducto cístico, se secciona un segundo conducto identificado como arteria cística, al seccionarlo objetivamos salida de bilis de su luz. Tras una laboriosa disección de hilio vesicular, identificación de la vía biliar y la liberación de la vesícula, se identifica un canalículo biliar derecho aberrante que desemboca en el conducto hepático común. Decidimos realizar una colangiografía a través del conducto, rellenándose los radicales biliares de un segmento derecho postero-inferior. Ante estos hallazgos y, dado que el conducto tiene un diámetro de unos 2 mm, se decide dejarlo cerrado con 2 hemoclips. Se dejó un drenaje subhepático. En el posoperatorio se realiza una colangiorresonancia (colangioRMN) que confirma los hallazgos de la colangiografía intraoperatoria: conducto biliar aberrante correspondiente a radicales biliares intrahepáticos derechos (segmento 6), con imagen de amputación del mismo en su porción proximal. La paciente permaneció ingresada 6 días, retirada del drenaje el 5.º día posoperatorio, sin evidencia de fuga. En las analíticas realizadas en el seguimiento presenta una elevación de GGT y fosfatasa alcalina a las 2 semanas de la cirugía, sin elevación de la bilirrubina, descenso posterior de ambas.

Discusión: Es fundamental saber reconocer las lesiones de la vía biliar y las posibles variantes anatómicas. La disección del hilio vesicular previamente a la sección de cualquier estructura puede evitar una lesión. En nuestro caso, el conducto biliar aberrante se confundió con la arteria cística. Se consiguió identificar adecuadamente dicho conducto y su desembocadura (vía biliar principal). Tras ver las imágenes de la colangiografía (drenaje de un segmento aislado) y, teniendo en cuenta que el diámetro estimado del conducto

es de unos 2 mm, decidimos dejarlo cerrado y colocar un drenaje. No se realizó la colangiografía transcística por la proximidad de la sección del conducto cístico a la vía biliar.