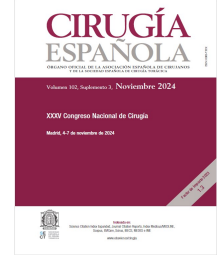




# Cirugía Española



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

## V-135 - VENTAJAS DEL ENFOQUE ROBÓTICO PARA EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES TARDÍAS EN EL TRASPLANTE DE HÍGADO

López López, Víctor; Sánchez Esquer, Ignacio; Brusadin, Roberto; Cascales Campos, Pedro; Hernández, Lucí; Sánchez Bueno, Francisco; Ramírez, Pablo; Robles Campos, Ricardo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

### Resumen

**Introducción:** Presentamos nuestra experiencia robótica en una exploración de la vía biliar (RBDE) por coledocolitiasis en un trasplante hepático (TH) split y una estenosis biliar anastomótica que requirió una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux en paciente con un TH previo.

**Casos clínicos:** El primer paciente fue un varón de 64 años a quien se le realizó TH con injerto Split en 2003. La resonancia magnética reveló una dilatación del colédoco de hasta 12 mm y coledocolitiasis. Se intentó tres veces su extracción mediante CPRE, pero no fue posible canalizar el colédoco. El segundo paciente fue un varón de 63 años que al año del TH presentó una estenosis anastomótica biliar. Inicialmente se manejó con *stent* plástico pero presentó reestenosis que no fue abordable mediante manejo endoscópico. En ambos casos se observaron múltiples adherencias de cirugía previa. Se realizó una disección meticulosa del hilio hepático de lateral a medial hasta que se identificaron el conducto biliar dilatado, la arteria hepática y la vena porta. La ecografía y la intraoperatoria confirmaron la presencia de litiasis y estenosis, respectivamente. En el primer caso se encontraron 3 litiasis que fueron extraídas mediante balón de Fogarty. En visión directa se observó buen paso al duodeno con ausencia de estenosis de anastomosis biliares y litiasis intrahepática. La coledocorrafia se realizó con sutura continua de PDS 4/0. En el segundo paciente, se eliminaron múltiples cálculos pequeños y barro biliar al nivel de la estenosis. Mediante el coledocoscopia confirmamos que el resto del árbol biliar estaba limpio. Realizamos una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux con sutura continua V-Loc™ PDS 4/0 para la cara posterior y sutura interrumpida PDS 4/0 para la cara anterior. También utilizamos un tutor transastomótico. No hubo conversión en ningún caso. En la RBDE el tiempo operatorio fue de 220 minutos, la pérdida de sangre fue de 50 ml y el drenaje se retiró a las 24 horas. En el abordaje de la estenosis biliar anastomótica, el tiempo quirúrgico fue de 480 minutos, la pérdida de sangre fue de 100 ml y el drenaje se retiró a las 48 horas. Ambos pacientes fueron dados de alta al 4.º día posoperatorio sin complicaciones y no han presentado nuevos episodios de colangitis aguda.

**Discusión:** La cirugía robótica con integración 3D para el manejo de complicaciones biliares tardías en el TH permite una mayor precisión durante la disección del hilio hepático y reduce la complejidad de la sutura intracorpórea. Este abordaje podría ser una alternativa cuando la CPRE no es posible, en cirujanos con experiencia en cirugía mínimamente invasiva y abordaje robótico.