



## P-306 - TEXTBOOK EN PACIENTES CON UNA LESIÓN IATROGÉNICA DE LA VÍA BILIAR DURANTE UNA COLECISTECTOMÍA

López López, Víctor<sup>1</sup>; Kuemmerli, Christoph<sup>2</sup>; López Andújar, Rafael<sup>3</sup>; Lladó, Laura<sup>4</sup>; Valdivieso, Andres<sup>5</sup>; Sabater, Luis<sup>6</sup>; Ramia, José Manuel<sup>7</sup>; Robles Campos, Ricardo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; <sup>2</sup>Clarunis University Center for Gastrointestinal and Liver Diseases, Basel; <sup>3</sup>Hospital Universitario La Fe, Valencia; <sup>4</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; <sup>5</sup>Hospital de Cruces, Barakaldo; <sup>6</sup>Clínico, Valencia; <sup>7</sup>Hospital General Universitario, Alicante.

### Resumen

**Introducción:** La lesión iatrogénica de la vía biliar (LYVB) durante la colecistectomía se asocia a un manejo complejo y heterogéneo debido a la carga de morbilidad hasta su tratamiento definitivo.

**Objetivos:** Este estudio tuvo como objetivo definir los resultados de *Textbook* (TO) después de una LYVB con el propósito de indicar el tratamiento ideal y mejorar su manejo.

**Métodos:** Recopilamos datos de pacientes con LYVB entre 1990 y 2022 de 27 hospitales. La TO se definió como un tratamiento conservador exitoso de la LYVB o solo complicaciones menores después de la LYVB o pacientes en los que la primera reparación se resuelve la LYVB sin complicaciones o con complicaciones menores.

**Resultados:** Se incluyeron 808 pacientes y un total de 394 pacientes (46,9%) lograron TO. Las complicaciones generales en los grupos TO y no TO fueron del 11,9% y el 86%, respectivamente ( $p < 0,001$ ). Las complicaciones mayores y la mortalidad en el grupo sin TO fueron del 57,4% y el 9,2%, respectivamente. El uso de la reparación de la anastomosis del conducto biliar terminoterminal fue mayor en el grupo sin TO (23,1 frente a 7,8%;  $p < 0,001$ ). Los factores asociados con lograr un TO fueron lesión en un centro especializado (*odds ratio* ajustado [aOR], 4,01; IC95%, 2,68-5,99;  $p < 0,001$ ), traslado para una primera reparación (aOR, 5,72; IC95%, 3,51-9,34;  $p < 0,001$ ), tratamiento conservador (ORa, 5,00; IC95%, 1,63-15,36;  $p = 0,005$ ) o tratamiento quirúrgico (ORa, 2,45; IC95%, 1,50-4,00;  $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** TO depende en gran medida de dónde se gestiona la LYVB y del tipo de lesión. Permite a los centros hepatobiliares identificar dominios de mejora del tratamiento perioperatorio de pacientes con LYVB.