



## P-309 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA COLEDOCOLITIASIS: EVOLUCIÓN EN LA VÍA DE ABORDAJE Y EN LOS RESULTADOS TRAS AÑOS DE EXPERIENCIA

Rodríguez Haro, Carmen; Ortega, Irene; Fernández, Rocío; González, Mariana; Cuadrado, Ángel; Hernández O'Reilly, María; Mellado, Inmaculada; Picardo, Antonio

Hospital Universitario Infanta Sofía, San Sebastián de los Reyes.

### Resumen

**Introducción:** La exploración laparoscópica de la vía biliar para el tratamiento de la coledocolitiasis ha ganado protagonismo. Aunque no existen estudios que demuestren superioridad frente a la CPRE, aporta la ventaja de ser resolutiva en un solo acto.

**Objetivos:** Estudiar los resultados y el método de abordaje en los últimos cinco años, tras más de 10 años de experiencia en el tratamiento laparoscópico de la coledocolitiasis y tras haber mejorado la técnica con la introducción de litotricia por láser.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de las cirugías por coledocolitiasis realizadas entre 2019 - 2024 en nuestro centro.

**Resultados:** Recogimos un total de 36 pacientes, el 63,9% varones con una mediana de edad de 70 años (37-91), el 11,1% eran ASA I, el 44,4% ASA II, el 41,7% ASA III y el 2,8% ASA IV. El 80,5% fue sometido previamente a CPRE, en un 5,5% se indicó cirugía de entrada y en un 13,9% no se realizó CPRE por imposibilidad técnica (cirugía gástrica previa). El 75% de las cirugías fueron laparoscópicas, en un 22,2% hubo que convertir a laparotomía y tan solo un caso (2,8%) fue laparotomía de entrada. El motivo de conversión a laparotomía fue por distorsión anatómica por un proceso inflamatorio crónico, sin lograr identificar con seguridad la vía biliar principal (VBP) (62,5%) o presencia de grandes cálculos enclavados de difícil movilización (37,5%). El abordaje más frecuente de la VBP fue por coledocotomía (52,8%), en un 36,1% fue transcístico y en un 8,3% se realizó una coledocoduodenostomía. La causa de fracaso del abordaje transcístico en todos los casos fue el tamaño de las litiasis. Se realizó litotricia con láser en el 19,4% de los procedimientos, lo que permitió un abordaje transcístico en el 40% de ellos. El tamaño de la litiasis supuso igualmente un factor limitante para el abordaje transcístico con láser, requiriendo coledocotomía en la mayoría de los casos para asegurar un tratamiento correcto. La mediana de ingreso fueron 4 días (1-20). Un 38,9% de los pacientes presentaron alguna complicación, aunque el 85,7% fueron un Clavien-Dindo grado I o II. La complicación más frecuente fue una fistula biliar de bajo débito tratada de forma conservadora. Tan solo hubo una reintervención, una laparoscopia en blanco en el primer día posoperatorio por dolor EVA 10/10. Se registraron a largo plazo 3 recidivas (8,3%), dos de ellas se resolvieron por CPRE y otra tras varias CPREs fallidas se reintervino, resultado resolutiva esta última cirugía. Uno de los pacientes sometidos a una coledocoduodenostomía desarrolló al año un

síndrome del sumidero y es el único *exitus* de nuestra serie.

**Conclusiones:** El tratamiento quirúrgico de la coledocolitiasis fue laparoscópico en la mayoría de los casos (75%), quedando la laparotomía reservada a casos seleccionados. La coledocotomía sigue siendo el abordaje principal de la VBP (52,8%), siendo el tamaño de las litiasis el factor limitante para el abordaje transcístico y para la litotricia por láser. Los resultados a largo plazo son buenos, siendo curativa la cirugía en el 88,9% de los casos.