



V-014 - COLEDOCOLITIASIS DEMANDANTE. ABORDAJE TRANSCÍSTICO EN PACIENTE GASTRECTOMIZADO

López Sánchez, Jaime; Iglesias Iglesias, Manuel José; González Fernández, Luis Miguel; Esteban Velasco, María del Carmen; Quiñones Sampedro, José Edecio

Hospital Universitario de Salamanca, Salamanca.

Resumen

Introducción: Existe un continuo crecimiento en los últimos años del tratamiento mínimamente invasivo laparoscópico de la coledocolitis con vesícula *in situ*. El abordaje en un solo tiempo presenta como ventajas una menor estancia hospitalaria, una disminución de los costes globales y menor morbilidad relacionada con la patología. Adicionalmente, el abordaje transcístico puede disminuir las complicaciones derivadas de la coledocotomía. Este método es factible en la mayoría de los escenarios cuando se dispone de la tecnología necesaria para la intubación transcística y para la litotricia. Presentamos un caso de un paciente gastrectomizado con coledocolitis en el que realizamos un abordaje transcístico.

Caso clínico: Varón de 76 años con antecedentes quirúrgicos de prostatectomía radical laparoscópica, hernioplastia inguinal bilateral vía anterior y una gastrectomía total con reconstrucción de Y de Roux hace 20 años. Es derivado desde el Servicio de Aparato Digestivo por colangitis aguda con imposibilidad de CPRE y tres coledocolitis confirmadas por colangioRMN (con vía biliar dilatada y cístico normal). Se decide colecistectomía laparoscópica con exploración de la vía biliar asociando colangiografía fluorescente con verde de indocianina (2,5 mg intravenoso 1 hora preoperatoria). Se realiza neumoperitoneo con técnica abierta de Hasson a nivel supraumbilical. Se observa un importante síndrome adherencial en el espacio supramesocólico, con imposibilidad de visualización de estructuras biliares. Se colocan tres trócares adicionales (2 de 5 mm subxifoideo y en flanco derecho y 1 de 10 mm pararrectal izquierdo) de manera consecutiva tras la liberación de las adherencias. Posteriormente realizamos una adhesiolisis y disección del triángulo hepatocístico. Una vez identificado el conducto cístico se realiza un abordaje del fundus al infundíbulo vesicular para liberar la vesícula en su totalidad. Se realiza una tracción de la vesícula mediante un lazo preformado para conseguir un ángulo cistocoledociano de 90°, produciéndose una avulsión parcial del conducto cístico durante la maniobra. Se introduce un trócar adicional de 5 mm subcostal derecho para el coledoscopio. Se realiza cistotomía parcial y dilatación cística con catéter, produciéndose la avulsión completa del mismo. Posteriormente se realiza una intubación cística con colangioscopio flexible de manera laboriosa, utilizando inicialmente maniobras de tracción con las pinzas laparoscópicas y posterior intubación directa. La colangioscopia confirma las coledocolitis con imposibilidad de extracción transcística. Por tanto, se realiza litotricia combinada (mecánica y con láser Holmiun) y extracción de las litiasis, con buen aclaramiento de vía biliar. El paciente fue dado de alta a las 48 horas sin complicaciones.

Discusión: El tratamiento en una etapa de la coledocolitiasis con vesícula *in situ* está incrementándose en la actualidad. Este abordaje se encontraba parcialmente limitado por las complicaciones de la coledocotomía (fístulas y estenosis biliares a largo plazo). No obstante, con el abordaje transcístico y la posibilidad de destrucción de litiasis de gran tamaño, se eliminan las complicaciones del abordaje transcoledociano. En pacientes con cirugías esofagogástricas previas es un procedimiento demandante pero factible.