

Fig. 1.

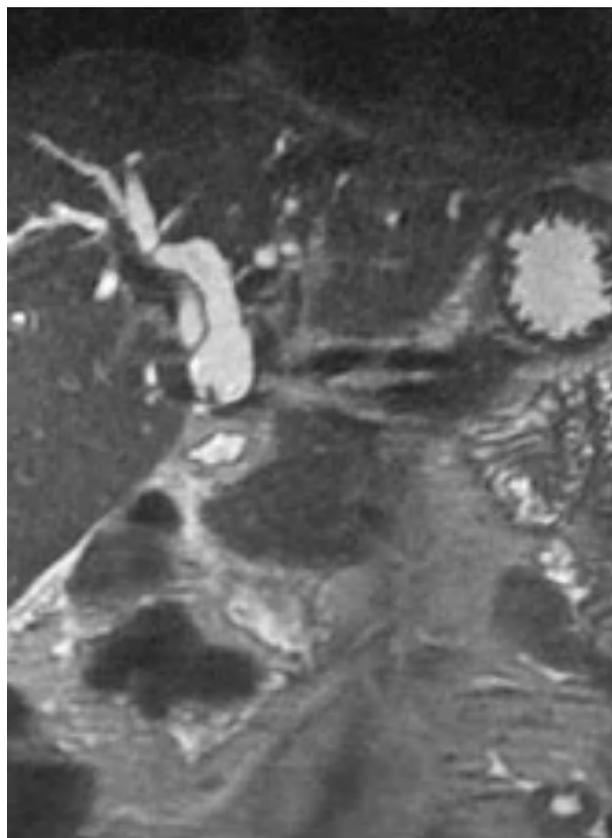


Fig. 2.

Varón de 40 años con antecedentes de cirugía laparoscópica en abril 2002 (intervención de Toupet y colecistectomía por colelitiasis). Acudió a urgencias en octubre de 2002 por un cuadro de fiebre, escalofríos e ictericia con coluria y prurito generalizado. En la exploración el paciente mostraba ictericia cutaneomucosa y dolor en el hipocondrio derecho a la palpación profunda, sin signos de irritación peritoneal. El estudio analítico demostró un patrón de colostasis (Bi 7,4 mg/dl, AST 299 U/l, ALT 525 U/l, FA 772 U/l, GGT 1141 U/l) y CA 19,9 144,51 U/ml. La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) reveló una estenosis en la unión del conducto hepático común con los conductos hepáticos en probable relación con cirugía previa. La colangiografía por resonancia magnética (CRM) (figs. 1 y 2) mostró una estenosis importante en hepático común con dilatación de vía biliar intrahepática. En el interior de la vía biliar, por encima de la estenosis, se identificó una imagen de densidad disminuida, en probable relación con una coledocolitiasis. En la interven-

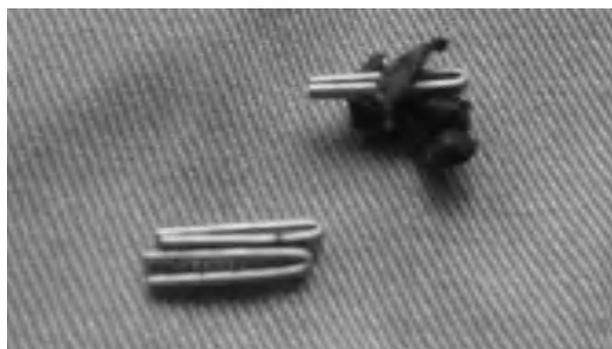


Fig. 3.

ción quirúrgica se evidenció una estenosis de la vía biliar en la confluencia de los conductos hepáticos. Se realizó resección de la zona estenótica y hepaticoyeyunostomía en "Y" de Roux terminolateral transmesocólica. En el interior de la vía biliar se objetivó un endoclip

La imagen del mes

embebido en una litiasis pigmentada (fig. 3). La anatomía patológica informó de segmento de vía biliar con una luz de 4 mm de diámetro, ausencia de epitelio y un infiltrado inflamatorio crónico y fibrosis de la pared. No había signos de malignidad. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

Comentario

Los clips pueden migrar en el interior de la vía biliar desde su posición inicial a diferentes intervalos de tiempo. El factor predisponente para la migración del clip es la necrosis isquémica de la pared de vía biliar debido a:

a) colocación incorrecta de clips que puede originar una fuga biliar, con formación de biloma e inflamación crónica; *b)* un muñón cístico corto, que origina la colocación de clips próximos a la unión cístico-vía biliar, y *c)* lesión por electrocoagulación o aplicación excesiva de clips para controlar sangrado en triángulo de Calot. La adhesión estricta a los principios de la cirugía laparoscópica puede evitar este tipo de lesión.

**Elena Martín, Pedro Martos, José L. Martín
y Jesús Olivera**

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Servicio de Cirugía General y Digestivo. Hospital Universitario de La Princesa. Madrid. España.