

Cartas al Director

Respuesta de autores: Réplica: Lesión iatrogénica de un conducto aberrante del sectorial anterior derecho hepático independiente. Dificultad en su diagnóstico y tratamiento

Palabras clave: Lesión conducto biliar. Conducto biliar aberrante sectorial anterior derecho.

Key words: Biliary duct injury. Aberrant sectorial right hepatic duct.

Sr. Director:

Agradecemos mucho el interés y los comentarios del Dr. Nari sobre nuestra publicación (1), con los que coincidimos plenamente en su mayoría, si bien creemos necesario matizar.

Efectivamente, tal y como el Dr. Nari dice, la desembocadura anómala del sectorial anterior derecho debe ser considerada una variante anatómica de la vía biliar (2), pero cuando el drenaje de un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del árbol biliar intrahepático, como era nuestro caso, es cuando se considera conducto aberrante biliar.

Al igual que el Dr. Nari, creemos que el porcentaje de lesiones quirúrgicas de la vía biliar en cirugía laparoscópica sigue estando infravalorado por la ocultación y falta de publicación en muchas ocasiones, sin embargo, en la casuística más importante del mundo de lesiones biliares laparoscópicas del grupo del Johns Hopkins (3), solamente 12 de 200 casos se debieron a un conducto aberrante.

Admitimos que, una vez formado el trayecto de la fístula biliar externa, la fistulografía nos puede indicar el lugar lesionado y teñir el árbol biliar en ocasiones, tal y como el Dr. Nari manifiesta, sin embargo seguimos considerando que la colangiogra-

fía intraoperatoria debe seguir ocupando un lugar fundamental y sistemático en la práctica de la reparación de las lesiones biliares para, además de poner de manifiesto un sector aberrante independiente cuando lo hay, demostrar la integridad del resto del árbol biliar intra- y extrahepático, asegurándonos la correcta resolución del problema.

Finalmente, si bien conocemos la práctica de extracción en epigastrio en forma subcutánea del extremo del asa ascendida anastomosada, posibilitando la introducción de un endoscopio y dilatación de la anastomosis en caso de estenosis futura, creemos que la exteriorización a lo Witzel del tutor transanastomótico temporal que utilizamos para el control postoperatorio de la sutura permitiría fácilmente, en caso de necesidad, el acceso intervencionista (endoscópico o radiológico), al quedar fija el asa a la pared abdominal.

A. Gómez Portilla, E. Romero Pujana, E. Martín, C. Martínez de Lecea, L. Magrach, I. Olabarria, A. Sancha, I. Cendoya y J. Cortés

Servicio de Cirugía. Hospital Santiago Apóstol. Vitoria

Bibliografía

1. Gómez Portilla A, Romero E, Martín E, Martínez de Lecea C, Magrach L, Olabarria I, et al. Lesión iatrogénica de un conducto aberrante del sectorial anterior derecho hepático (segmentos V-VIII) independiente. Dificultades en su diagnóstico y tratamiento. *Rev Esp Enferm Dig* 2008; 100: 109-10.
2. Nari G, Jozami M, Ponce O. Variantes anatómicas del Carrefour biliar. Análisis de 338 Mirizzigrafías. *Rev Argent Cirug* 2005; 89: 19-22.
3. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, Melton GB, Yeo ChJ, Campbell KA, et al. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: Perioperative results in 200 patients. *Ann Surg* 2005; 241: 786-95.