

Cartas al Director

Lesión iatrogénica de un conducto aberrante del sectorial anterior derecho hepático (segmentos V-VIII) independiente. Dificultades en su diagnóstico y tratamiento

Palabras clave: Lesión iatrogénica biliar. Conducto aberrante biliar derecho.

Key words: Iatrogenic biliary injury. Right biliary duct aberrant.

Sr. Director:

Las lesiones biliares asociadas a la era laparoscópica suponen una incidencia menor del 1% de las colecistectomías practicadas, siendo una de las principales causas de lesión las variantes anatómicas biliares que son relativamente frecuentes. Se considera como conducto aberrante biliar cuando el drenaje de un sector o segmento hepático no presenta comunicación con el resto del árbol biliar y constituye la anomalía más importante y de trascendencia en relación a las lesiones iatrogénicas, por cuanto su ligadura o sección implica una complicación de muy difícil diagnóstico y que exige una reconstrucción quirúrgica compleja. Las anomalías de los segmentos hepáticos derechos representan un 20% de las variantes anatómicas biliares. Sin embargo, la total independencia de un segmento hepático o de un sector supone sólo un 2% de las malformaciones congénitas del árbol biliar. Son anecdóticos los casos de lesiones de conductos aberrantes, una reciente búsqueda en PubMed de la literatura reveló solamente 5 casos de lesiones de un conducto aberrante tras colecistectomías laparoscópicas (1), generalmente sectoriales derechos posteriores (segmentos VI-VII) (2-4), sin embargo no hemos encontrado apenas ninguna descripción en la literatura revisada sobre la lesión de la anomalía del sector anterior (V-VIII) aberrante hepático independiente.

Caso Clínico

Varón de 79 años de edad que, tras colecistectomía laparoscópica programada reconvertida por dificultades anatómicas, debuta desde el primer día postoperatorio con fístula biliar externa por drenaje ambiental. En las pruebas de imagen practicadas, algunas de ellas repetidas incluso por dos veces (ecografía, TAC, TAC con drenaje *pigtail* del biloma, cRMN, ERCP diagnóstica y posterior ERCP con colocación incluso de endoprótesis biliar de 7 cm 10 F), no se pudo demostrar la causa de la fístula biliar persistente, presentando la integridad de la vía biliar intra- y extrahepática, con características anatómicas y funcionales de apariencia normal. El débito de la fístula biliar externa sin embargo oscilaba entre 200 y 400 cc. diarios. La analítica demostraba una *alanina aminotransferasa* de 109 U/l (7-40 U/l); *aspartato aminotransferasa* de 98 U/l (7-40 U/l); *GGT* de 120 U/l (7-40 U/l); *fosfatasa alcalina* de 262 U/l (7-40 U/l); *bilirrubina total* de 1,8 mg/dl (0,2-1,3 mg/dl). A pesar del drenaje biliar interno de la vía biliar principal, la persistencia de la fístula biliar externa hizo sospechar que nos encontrábamos ante un conducto aberrante, por lo que se decidió su intervención 45 días después de la colecistectomía inicial, solicitando nuestra colaboración intraoperatoriamente ante las dificultades encontradas en la identificación e interpretación de los hallazgos del campo operatorio en el hilio biliar. Sólo intraoperatoriamente la práctica de una colangiografía a través de la boquilla de la fístula biliar yuxtahiliar demostró que la lesión estaba originada en un conducto aberrante del sectorial anterior derecho independiente (segmentos V-VIII), sin relación ninguna con el resto del árbol biliar intrahepático (Fig. 1), confirmando la sospecha diagnóstica y posibilitando el tratamiento de la lesión mediante una colangiolyunostomía con asa en Y de Roux tutorizada transanastomótica mediante un catéter siliconado de alimentación pediátrica. El 7º día postoperatorio se realizó una colangiografía transcatéter con normalidad absoluta de la anastomosis y ausencia de fugas, pudiendo ser dado de alta el paciente. El tutor transanastomótico se retiró al mes de la cirugía tras un segundo control colangiográfico demostrando la total integridad y funcionalidad de la anastomosis practicada. En los controles anuales el paciente mantiene una total normalidad de las pruebas analíticas.

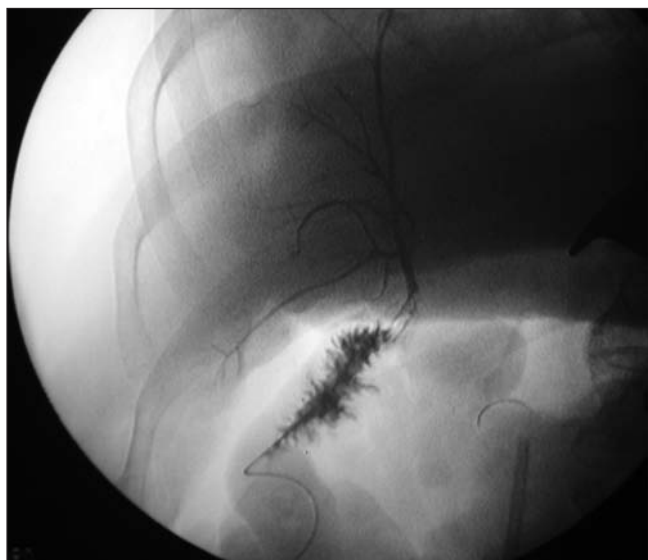


Fig. 1. Colangiografía intraoperatoria a través de la boquilla de la fístula biliar yuxtahiliar que demostró que la lesión estaba originada en un conducto aberrante del sectorial anterior derecho independiente (segmentos V-VIII), sin relación ninguna con el resto del árbol biliar intrahepático. Notese la endoprótesis biliar en el conducto principal.

Conclusiones

Contrariamente a lo que algunos autores dicen sobre la poca trascendencia de la ligadura o sección de un conducto aberrante, al considerar que dado que sólo drenan una porción relativamente pequeña del hígado su ligadura puede resultar inocua clínicamente (5), nuestro paciente pone de manifiesto la trascendencia clínica por la fístula persistente, la dificultad diagnóstica y su retraso terapéutico. La utilización de la ERCP en la evaluación postoperatoria diagnóstica y terapéutica de una fuga biliar es aceptada y generalizada. En nuestro caso, al tratarse de un conducto aberrante totalmente independiente del árbol biliar intrahepático, hizo que no se rellenaran los segmentos dependientes del ducto aberrante lesionado y que no se manifestara ninguna fuga aparentemente durante la realización de la prueba. La presencia de una ERCP "normal" en el estudio de un biloma o una fuga biliar debe hacer sospechar que nos encontramos ante un conducto aberrante independiente responsable de la fuga mantenida. Las dificultades técnicas de la solución quirúrgica se ponen de manifiesto al enfrentarnos a un conducto de apenas unos milímetros, no dilatado y con reacción inflamatoria local. Muchos compañeros han sufrido dehiscencia de la hepático- o colangioloeyunostomía realizadas con fístulas externas persis-

tentes (2,4), que finalmente se tradujeron en estenosis de la derivación hepatobiliar y dilatación sectorial biliar con o sin atrofia parenquimatosa acompañante (3,4), obligando a soluciones intervencionistas en ocasiones. La experiencia del cirujano que atiende la lesión y su buen hacer determina el futuro del paciente (6). El control de la sepsis y de la fístula biliar es el primer objetivo inicial del tratamiento de las lesiones biliares. Sólo el conocimiento de las variantes congénitas biliares aberrantes hizo intuir esta posibilidad en el diagnóstico diferencial preoperatorio y perioperatorio, posibilitando su solución definitiva. Todas las lesiones iatrogénicas de la vía biliar exigen que su tratamiento se realice por personal con conocimiento pleno de las variantes anatómicas biliares y de los posibles tipos de lesión iatrogénica. Consideramos imprescindible la práctica de una colangiografía intraoperatoria que confirme el mapa real del árbol biliar intrahepático. La solución técnica del problema exige el refrescamiento de bordes, una plastia de ampliación anastomótica cuando se precisa y, en nuestra experiencia, la tutorización temporal de la sutura ayuda al control postoperatorio.

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. Williams BP, Fischer CP, Adler DG. Aberrant right hepatic sectoral duct injury following laparoscopic cholecystectomy: Evaluation and treatment of a diagnostic dilemma. *Dig Dis Sci* 2006; 51: 1773-6.
2. Seibert D, Matulis SR, Griswold F. A rare right hepatic duct anatomical variant discovered after laparoscopic bile duct transaction. *Surg Laparosc Endosc* 1996; 61-4.
3. Kalayci C, Aisen A, Canal D, Fogel EL, Sherman S, Wiebke E, et al. Magnetic resonance cholangiopancreatography documents bile leak site after cholecystectomy in patients with aberrant right duct where ERCP fails. *Gastrointest Endosc* 2000; 52: 277-81.
4. Mutignani M, Shah SK, Tringali A, Perri V, Costamagna G. Endoscopic therapy for biliary leaks from aberrant right hepatic ducts severed during cholecystectomy. *Gastrointest Endosc* 2002; 55: 932-6.
5. Taourel P, Bret PM, Reinhold C, Barkun AN, Atri M. Anatomic variants of the biliary tree: Diagnosis with MR cholangiopancreatography. *Radiology* 1996; 199: 521-7.
6. Sicklick JK, Camp MS, Lillemoe KD, Melton GB, Yeo CJ, 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.