



12°
CONGRESO
DE LA
ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

INTRODUCCIÓN

La colecistitis aguda se presenta en el 5-20% de los pacientes con colelitiasis, de los cuales el mismo porcentaje cursa con coledocolitiasis al momento de la colecistectomía laparoscópica.

Anacrónicamente se han establecido abordajes abiertos y laparo-endoscópicos para su resolución. En ambos, se ha propuesto cierre primario vs colocación de sonda en T; la cual no debe durar un periodo mayor a 14-21 días. En el presente caso se exponen las complicaciones asociadas a la persistencia de la misma y el abandono de seguimiento así como una propuesta híbrida para resolución.

Objetivo General: Dar a conocer estrategias híbridas de resolución para coledocolitiasis asociada a retención crónica de sonda en T y revisar literatura

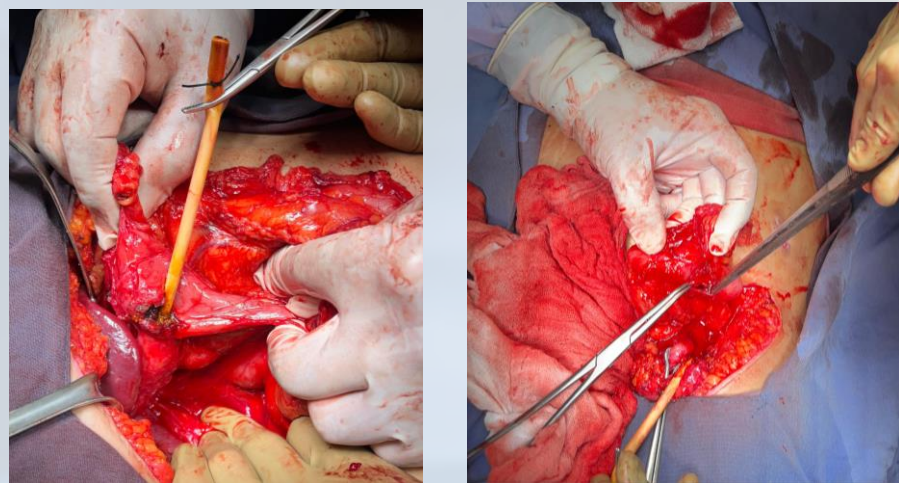


Figura 1. Trayecto fistuloso de Sonda en T hacia colon transverso.



Figura 2. Sonda en T con presencia de litiasis

ABORDAJE HÍBRIDO PARA LA RESOLUCIÓN DE COLEDOCOLITIASIS ASOCIADA A

RETENCIÓN CRÓNICA DE SONDA EN T. REPORTE DE CASO

González-Gutiérrez P, Álvarez-Chávez DJ, Frías-Patiño DA, Cruz-Rocha CM, Téllez-González JD, González-Rivera CA, Galeno-Sánchez RI, Ramírez-Lugo JF, Torres-González MC

Hospital Civil de Guadalajara “Dr. Juan I. Menchaca”

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 26 años de edad con antecedente de colecistectomía con exploración de vía biliar abierta hace 7 años abandonando seguimiento. Acude por dolor abdominal crónico. Se identifica presencia de sonda en T permeable con gasto biliar en relación aproximado de 100-200 cc cada 24 horas biliar con alternancia a coloración blanquecina y maloliente

Se realiza Colangiorensonancia (CRM) con dilatación intrahepática hasta hepático común así como escaso paso de contraste a duodeno y coledocolitiasis.

Pasa a quirófano de forma electiva: abordaje por Chevrón, se libera trayecto de sonda en T encontrándose trayecto fistuloso de 5 mm sobre colon transverso, se desmonta la fístula, se desbrida tejido fibroso y se cierra en dos planos con Vicryl 3-0. Se identifica retracción lateral de vía biliar a expensas de sonda. Se extrae la misma evidenciándose litiasis en todo el trayecto de las ramas. Se realiza exploración instrumentada evidenciándose lito de 1 cm en tercio distal mismo que es extraído así como Hepatolitiasis Tsunoda II a expensas de lito en unión de hepático derecho a vía biliar común.

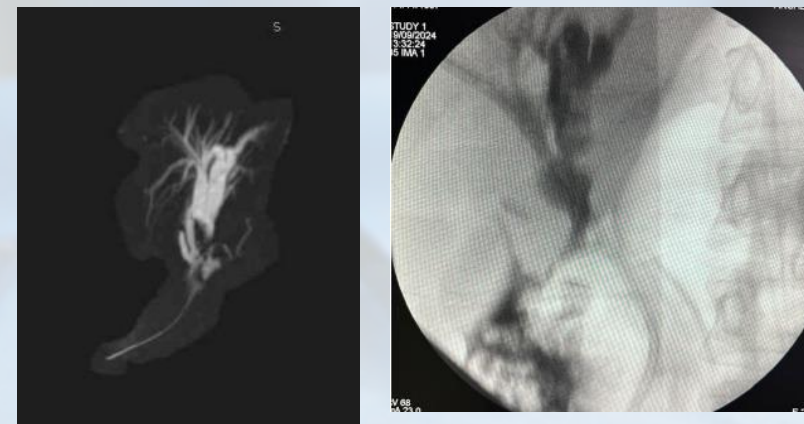


Figura 3. Colangiorensonancia Pre-Quirúrgica y Colangiografía Transoperatoria

CASO CLÍNICO

En un segundo tiempo se realiza CPRE intraoperatoria. Al presentar difícil canulación, se asiste como procedimiento de *Rendez-Vous* con canulación selectiva guiada por visión directa; se realiza esfinterotomía y se avoca endoprótesis de 10 Fr 12 cm posterior a colangiografía sin defectos de llenado, se observa fuga lateral a expensas de trayecto previo de sonda en T. Se procede a realizar desbridamiento de tejido fibroso y se realiza coledocoplastia con Monocryl 4-0, se avoca drenaje tipo Jackson Pratt proximal a la técnica. Se reporta adecuada evolución postquirúrgica con incorporación a la dieta completa de forma temprana, gasto escaso por el drenaje mismo que es retirado al tercer día, sin alteraciones a la analítica Sanguínea. Previo al egreso se realiza nueva CRM sin hallazgos de importancia Se egresa al quinto día postquirúrgico.

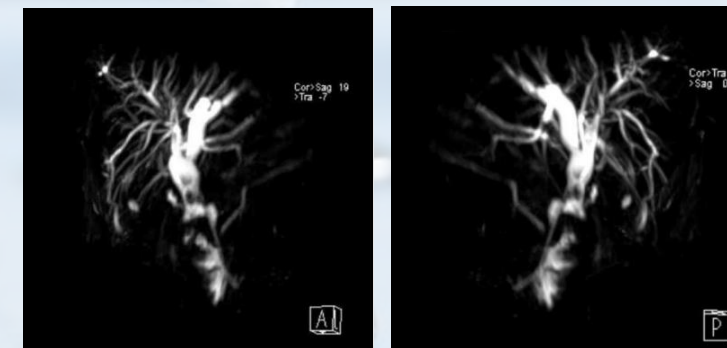


Figura 4. Colangiorensonancia Post-Quirúrgica

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

En la literatura actual no se cuenta con reportes clínicos de presencia de sonda en T de forma crónica, únicamente se expone un reporte de caso que requirió derivación bilodigestiva a expensas de importante fibrosis que imposibilitó la extracción de la misma. En el resto de los trabajos únicamente mencionan retracción de fragmentos extraídos por CPRE. En nuestro caso, se propone un abordaje híbrido a expensas de intervención abierta previa y riesgo de requerir derivación bilodigestiva, al no contarse con la Expertise en nuestra sede para llevar a cabo todo el acto de forma laparo-endoscópica ni los insumos suficientes. Se concluye adecuada resolución del evento quirúrgico atípico.

REFERENCIAS

- Wang, L., Dong, P., Zhang, Y., Liu, X., & Tian, B. (2019). Iatrogenic bile duct Injury with a retained T-tube in common bile duct for 10 years: A case report. *Medicine*, 98(15), e15127. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000015127>
- Macedo, C., Gomes, D., & Figueiredo, P. (2021). Endoscopic extraction of a retained Kehr's T-tube fragment. *Revista española de enfermedades digestivas*, 113(6), 475–476. <https://doi.org/10.17235/reed.2020.7456/2020>
- Rajput, D., Patnaik, I., Shasheendran, S., Kumar, B. K. P., & Gupta, A. (2021). Fractured T Tube Fragment in Common Bile Duct during Retrieval: An Unforeseen Mishap. *Surgery journal* (New York, N.Y.), 7(3), e251–e254. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1735643>