

Cartas al Director

Diagnóstico y tratamiento de complicaciones biliares tras traumatismo hepático

Palabras clave: Biloma. Traumatismo hepático. Elección de técnica diagnóstica. Drenaje.

Key words: Biloma. Liver trauma. Election of diagnostic technique. Drainage.

Sr. Director:

El traumatismo hepático es una complicación frecuente en traumatismos abdominales graves. En estos pacientes, el grado de inestabilidad hemodinámica marcará la necesidad de intervención urgente. Ante un politraumatizado con sospecha de afectación hepática, la tomografía axial computerizada (TC) es la modalidad diagnóstica de elección para la evaluación del traumatismo hepático. Como posible complicación dentro de un traumatismo hepático se encuentra el biloma. El biloma es una colección encapsulada de bilis intra- o extrahepática y generalmente supramesocólica, debida a traumatismo, iatrogenia o perforación espontánea del árbol biliar o de la vesícula biliar. La bilis en la cavidad peritoneal en ocasiones puede ser tolerada, con ausencia de síntomas agudos, siendo definido como ascitis biliar, que ocurre cuando la bilis es estéril. Cuando causa una reacción de encapsulación se desarrolla el biloma. El diagnóstico puede realizarse mediante la TC, siendo más específica la técnica helicoidal, que a su vez puede ser utilizada para el drenaje percutáneo de la colección. No obstante, la colangiografía retrógrada endoscópica (CPRE) es también una prueba útil en el diagnóstico de las lesiones de la vía biliar.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 31 años en el que, en el contexto de un politraumatismo por accidente de tráfico y tras

valoración radiológica al ingreso (TC), se evidencia la presencia de hematoma que afecta a hilio hepático, con extravasación de contraste de los segmentos IVa y b, VII y VIII, que ocupa gran parte de lóbulo hepático derecho, aunque es contenido por la cápsula de Glisson, y con escasa cuantía de líquido libre intraabdominal. Al presentar estabilidad hemodinámica y constantes estables se mantiene actitud conservadora con respecto al traumatismo hepático.

Durante su estancia en UCI, presenta elevación de enzimas hepáticas con valores de GOT y GPT en torno a 1.200 UI/l y bilirrubina en ascenso. En controles radiológicos no se evidenciaron cambios significativos, ni obstrucción de vía biliar intra- o extrahepática que explicase la elevación de enzimas de colostasis.

Al 7º día de estancia en UCI presenta síndrome febril, con leucocitosis en ascenso, con sospecha de abscesificación de hematoma hepático. El cuadro se resuelve con tratamiento antibiótico empírico presentando disminución progresiva de enzimas hepáticas hasta valores normales. En TC de control, se objetiva disminución del volumen del hematoma hepático, presentando un diámetro de 6 cm, pero se visualizan burbujas aéreas subcapsulares que sugieren sobreinfección de la colección, encontrándose afebril y con recuento leucocitario normal, ante lo cual se decide continuar con amplia cobertura antibiótica. En nueva TC de control destaca un aumento del tamaño de la lesión, objetivándose un tamaño de 9,3 cm de diámetro, de contenido fundamentalmente líquido, incluyendo densidades grasas en su interior (Fig. 1). Ante el aumento de tamaño de la colección hepática se decide intervenir al paciente, descartándose punción percutánea ante la posibilidad de que fuera un hematoma con sangrado activo. En el acto quirúrgico se objetiva la presencia de un biloma, englobado por epiplón mayor, que desplaza el ángulo hepático de colon, dependiente del hígado (segmentos IV y V) e íntimamente adherido a pared costal, procediéndose a su drenaje quirúrgico y mesohepatectomía IV-V, con hemostasia y biliestasia de la zona. La evolución fue favorable, siendo dado de alta al 10º día postoperatorio.

Como se ha descrito en diferentes estudios (1,2), la mayor parte de los autores recomienda que el manejo inicial del traumatismo hepático se haga de forma conservadora, siempre que pueda ser mantenida la estabilidad hemodinámica. Mientras

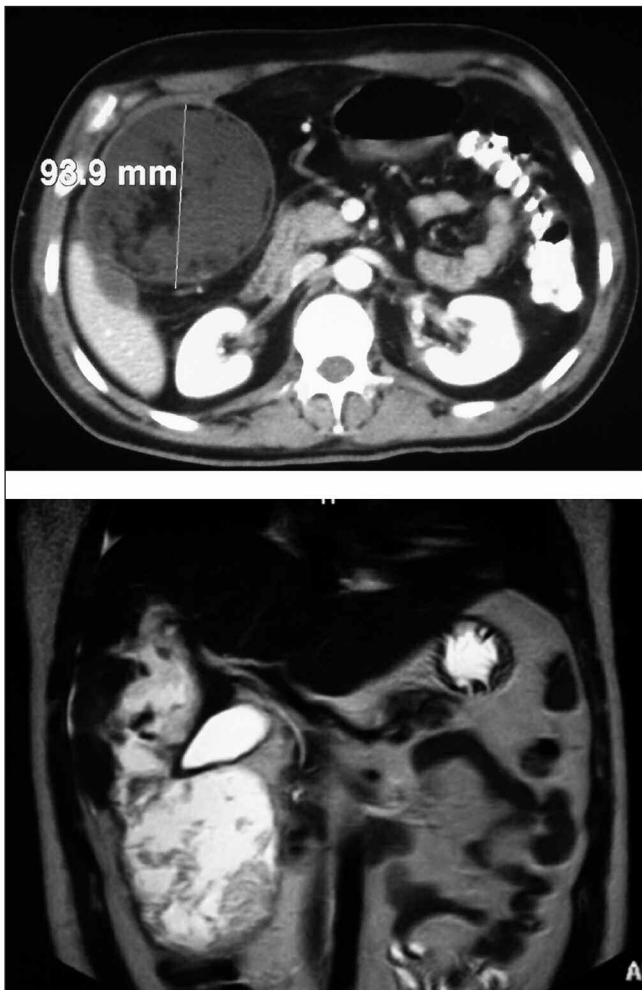


Fig. 1. (TC y RNM). Lesión focal de margen bien definido en parénquima hepático, con dimensiones de 9,3 x 9,8 x 24 cm, de contenido fundamentalmente líquido, alternando áreas densas con áreas hipodensas de densidad grasa.

que pacientes con traumatismo hepático asociado con lesiones en otros órganos requieren cirugía, dada la alta mortalidad que presenta su manejo conservador (1). En nuestro centro, la decisión de mantener un tratamiento conservador no sólo depende del grado del traumatismo hepático, sino en gran medida de la situación hemodinámica del paciente, siempre manteniendo una valoración del paciente de forma global. En cuanto al diagnóstico del biloma, su apariencia radiológica (TC o RM) es la

de una lesión quística focal homogénea y bien delimitada, sin septos ni calcificaciones en su interior (3). Aunque la ecografía abdominal es útil y suficiente para el diagnóstico de las colecciones intra- y extrahepáticas, la TAC abdominal con contraste es hoy día la exploración de elección para el diagnóstico de las complicaciones derivadas de lesiones traumáticas hepáticas y de vías biliares, ya que permite no sólo localizar exactamente colecciones intrahepáticas, sino además controlar su progresión o resolución y su punción-drenaje externa guiada (4). La RM muestra hallazgos superponibles a los de la TC, aunque la colangio-RM puede ayudar a identificar lesiones de conductos biliares (5). Respecto a las colecciones hepáticas postraumáticas, el drenaje externo guiado por TAC se considera hoy por hoy el tratamiento de elección (6). La CPRE con esfinterotomía y colocación de stents se reservan para casos con fístula biliar mantenida. La cirugía, en estos casos, suele ser una forma infrecuente de resolución, dado que se incrementa la morbilidad, obteniendo resultados similares.

J. Cañete Gómez, J. M. Álamo Martínez, A. Muñoz Ortega, V. Gómez Cabeza de Vaca, M. Gutiérrez Moreno, M. A. Gómez Bravo, G. Suárez Artacho, C. Bernal Bellido, I. García González y L. Barrera Pulido

*Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*

Bibliografía

1. Gourgiotis S, Vougas V, Germanos S, Dimopoulos N, Bolanis I, Drakopoulos S, et al. Operative and nonoperative management of blunt hepatic trauma in adults: a single-center report. *J Hepatobiliary Pancreat Surg* 2007; 14 (4): 387-91.
2. Kozar RA, Moore FA, Cothren CC, Moore EE, Sena M, Bulger EM, et al. Risk factors for hepatic morbidity following nonoperative management: multicenter study. *Arch Surg* 2006; 141 (5): 451-8; discussion 458-9.
3. Mortelé KJ, Ros PR. Cystic focal liver lesions in the adult: differential CT and MR imaging features. *Radiographics* 2001; 21: 895-910.
4. Shanmuganathan K, Mirvis SE. CT scan evaluation of blunt hepatic trauma. *Radiol Clin North Am* 1998; 36: 399-41.
5. Ayuso Colella C, Gilabert Solé R. Indicaciones de la ecografía, tomografía axial computarizada y resonancia magnética en el estudio de la patología hepatobiliar. *Medicine* 2004; 09: 471-80.
6. Cascales Sánchez P, Sastre A, García Picazo D, González Camuñas PI, García Blázquez E, Moreno Resina JM. Tratamiento del biloma intrahepático posquirúrgico por traumatismo hepático mediante drenaje externo percutáneo. *Gastroenterol Hepatol* 2002; 25: 333-6.