

## Fiebre intermitente como manifestación clínica de una fístula biliopulmonar

P. Cubo, R. Fariña, S. Muñoz, R. Segoviano, B. Rodríguez y G. García-Casasola

Unidad de Urgencias. Hospital Fundación Alcorcón. Madrid

Presentamos el caso de una mujer de 71 años que, siendo diagnosticada de hidatidosis hepática, se había realizado tri-segmentectomía hepática desarrollándose en el postoperatorio, estenosis del conducto hepático y fístula biliar secundaria que no se resolvió con tratamiento conservador, por lo que se realizó hepático yeyunostomía en Y de Roux. Cinco meses después la paciente comenzó a presentar fiebre intermitente con alteración de la bioquímica hepática; se diagnosticó de colangitis y se pautó tratamiento con amoxicilina-clavulánico durante 15 días. A los tres meses consultó de nuevo por fiebre, tos y expectoración espesa amarillenta. La radiografía de tórax mostró un infiltrado basal derecho. Se realizaron TC y colangiRMN sin hallazgos patológicos. Con el diagnóstico de neumonía basal derecha se pautó tratamiento con piperazilina-tazobactam y posteriormente amoxicilina-clavulánico, pero al suspender el tratamiento antibiótico presentó de nuevo de fiebre. En un cultivo de esputo creció *E. coli* sensible a quinolonas por lo que se pautó tratamiento con levofloxacino a pesar de lo cual la paciente continuó con fiebre acudiendo de nuevo a urgencias.

La paciente presentaba expectoración amarilla biliosa. En la exploración tenía fiebre de 38 °C, con tensión arterial de 80/40 y frecuencia cardiaca de 100 lpm.

En las pruebas complementarias el hemograma mostró leucocitos: 31.000 con un 92% de neutrófilos y 2% de cayados. La hemoglobina era de 9 mg/dl siendo las plaquetas normales. La bioquímica hepática era normal y la gasometría arterial mostraba insuficiencia respiratoria. En la Rx de tórax se objetivó derrame pleural derecho. Se intentó realizar toracocentesis diagnóstica con ecografía dirigida, no pudiéndose obtener muestra para analizar.

Con la sospecha de fístula biliopulmonar se realizó gammagrafía hepatobiliar con IDA (derivado del ácido iminodiacético marcado con tecnecio) confirmándose el diagnóstico (Fig. 1).

Se realizó CTPH observándose importante dilatación de vía biliar y fuga biliar hacia tórax. Se objetivó estenosis de la anastomosis con el asa yeyunal, que se dilató y se dejó catéter de drenaje externo-interno y para tutorización de la anastomosis (Fig. 2).

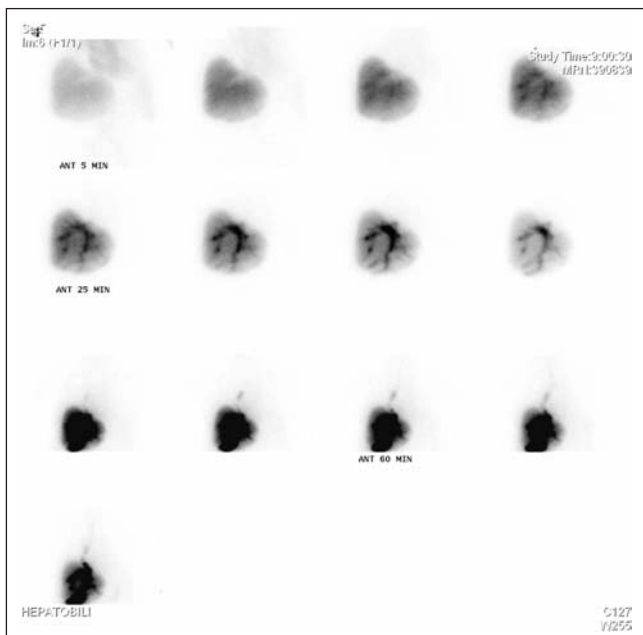


Fig. 1. En fase de eliminación el trazador va ascendiendo a región torácica, distribuyéndose por el pulmón derecho.



Fig. 2. Estenosis de la anastomosis con el asa yeyunal con dilatación de la vía biliar y fuga biliar hacia tórax.



Fig. 3. Vía biliar permeable con buen paso de contraste a asas de yeyuno y desaparición de fuga biliar.

En controles posteriores la vía biliar estaba permeable con buen paso de contraste a asas de yeyuno con anastomosis con buen calibre postdilatación y desaparición de fuga biliar (Fig. 3).

Las fístulas biliopulmonares pueden ser iatrogénicas, siendo la causa más frecuente posquirúrgica (1), que puede aparecer desde días a años después de la hepatectomía.

Pueden ser congénitas y secundarias a traumatismos toraco-abdominales, a enfermedades hepáticas, como abscesos amebianos o bacterianos y quistes hidatídicos, y secundarias a enfermedad obstructiva: litiasis, neoplasias.

La bioloftosis y la presencia de bilis en derrame pleural son muy específicas.

El diagnóstico se puede hacer mediante broncoscopio, que permite objetivar bilis en el árbol bronquial, pero el IDA, TAC o colangioRMN son menos agresivas. De elección es la CPRE o CTPH porque pueden ser diagnósticas y terapéuticas.

El tratamiento es conservador reponiendo el drenaje biliar en el duodeno y, si este fracasa, se puede realizar tratamiento quirúrgico (2).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Lucero Pinzones JA, Iglesias López A, Alcázar Iribarren M, Márquez JL. Fístula biliobronquial secundaria a estenosis biliar tras resección hepática. *Rev Esp Enferm Dig* 2005; 97 (2): 135-6.
2. Brunaud L, Sebbag H, Bresler L, Tortuyaux JM, Boissel P. Left hepatic duct injury and thoracobiliary fistula after abdominal blunt trauma. *Hepatogastroenterol* 2000; 47 (35): 1227-9.