

IMÁGENES EN PATOLOGÍA DIGESTIVA

Fístula biliobronquial

Emilia Martínez Velado¹, Luis Miguel Palomar Rodríguez¹ y Juan Ramón Olivo Esteban²

Servicios de ¹Medicina Interna y ²Radiodiagnóstico. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora

CASO CLÍNICO

Varón de 87 años sin antecedentes personales relevantes. Ingresa por fiebre de tres días de evolución de hasta 39 °C, expectoración biliar y vómitos, junto con disnea. La exploración física demostró discreta disminución del nivel de conciencia, taquipnea, roncus basales y distensión abdominal.

Las radiografías simples de abdomen y tórax permitieron objetivar dilatación de asas de intestino delgado y condensaciones basales derechas. Mediante ecografía abdominal se detectó una vesícula biliar escleroatrófica con colelitiasis. Se obtuvo contenido biliar por sonda nasogástrica. La tomografía axial computerizada (TAC) confirmó la existencia de un infiltrado neumónico basal derecho junto a absceso subfrénico.

Se administró la combinación empírica de ceftriaxona, gentamicina y metronidazol. Se cultivó un *Enterococcus faecium* sensible a la vancomicina en la muestra del absceso, de forma que se modificó la antibioterapia. La reconstrucción tridimensional con TAC helicoidal mediante inyección de contraste a través de catéter de drenaje percutáneo previamente implantado (Fig. 1 A y B, flechas inferiores) permitió evidenciar una fístula biliobronquial (Fig. 1 A y B, flechas superiores), presentando una clara vía de conexión entre ambas estructuras. Se realizó colecistectomía laparoscópica y se completó evacuación del contenido del absceso. Buena evolución a los seis meses de seguimiento.

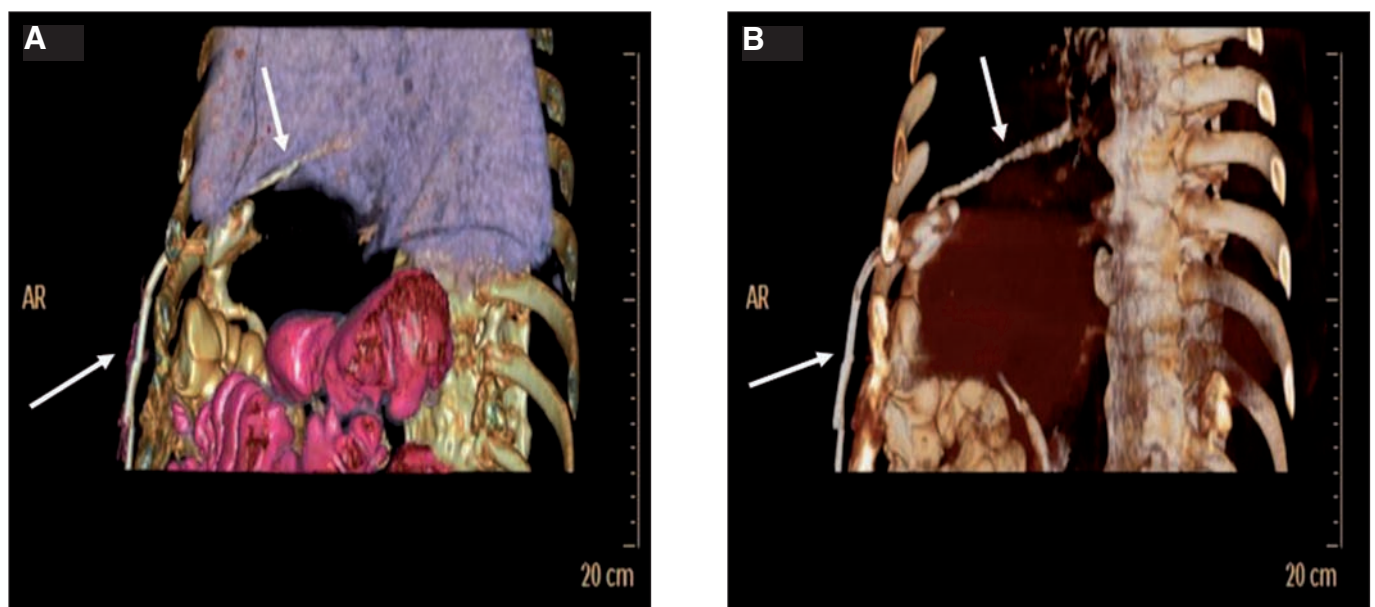


Fig. 1 A y 1B. Reconstrucción tridimensional con tomografía axial computerizada en la que se objetiva drenaje percutáneo biliar (flechas inferiores) que permite identificar, tras administración de contraste a través del mismo, un trayecto fistuloso biliobronquial (flechas superiores).

DISCUSIÓN

La fístula biliobronquial es una entidad infrecuente, generalmente vinculada a la hidatidosis o a la obstrucción biliar (1), como resultado de un proceso inflamatorio local con abscesificación y ruptura a pulmón y bronquios. Puede originar complicaciones significativas, incluyendo neumonía química y bacteriana o mediastinitis, con una morbimortalidad de hasta el 12,2% (2).

El esputo bilioso –bilioptisis– es patognomónico (3). La TAC ofrece una primera evaluación subfrénica y pulmonar basal. La colangiografía retrógrada endoscópica o percutánea perfilan la anatomía biliar. La resonancia magnética con contraste aporta información funcional (4).

El tratamiento se basa en la descompresión endoscópica con stent o punción percutánea. Si dichas opciones no resultan factibles, está indicada la desobstrucción biliar abierta, la evacuación del absceso y la excisión de trayecto fistuloso (5).

BIBLIOGRAFÍA

1. Gugenheim J, Ciardullo M, Traynor O, Bismuth H. Bronchobiliary fistulas in adults. *Ann Surg* 1988;207:90-4.
2. Al-Mezem SS, Al-Jahdali HH. Chronic cough due to bronchobiliary fistula. *Respiration* 1999;66:473-6.
3. Eryigit H, Oztas S, Urek S, Olgac G, Kurutepe M, Kutlu CA. Management of acquired bronchobiliary fistula: 3 case reports and a literature review. *J Cardiothorac Surg* 2007;2:52.
4. Aduna M, Larena JA, Martin D, Martinez-Guereño B, Aguirre I, Astigarraga E. Bile duct leaks after laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP. *Abdom Imaging* 2005;30:480-7.
5. Chong CF, Chong VH, Jalihal A, Mathews L. Bronchobiliary fistula successfully treated surgically. *Singapore Med J* 2008;49:208-11.