
Bilioma pos-colecistectomía. A propósito de un caso.

Post-cholecystectomy biliary stricture. Report of a case.

Miguel Soria Alcívar *
Xiomary Estrada González *
Paola Hidrovo Cáceres *
Darío Villacreses Morán *

RESUMEN

El bilioma es una colección encapsulada de bilis intra o extrahepática de acuerdo a su mecanismo de formación que se produce por un traumatismo, iatrogenia o perforación espontánea del árbol biliar o de la vesícula biliar; su tratamiento es médico, quirúrgico o mixto. Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 67 de edad que ingresa al hospital universitario por presentar tumoración de pared, dolor y distensión abdominal, fiebre y escalofrío; con antecedentes de colecistectomía abierta realizada ocho días antes del ingreso, al cabo de 36 horas se exacerba el cuadro clínico. El ultrasonido revela varias colecciones líquidas que inicialmente fueron drenadas de forma percutánea guiada por ecografía, para luego mediante una laparotomía exploradora realizar el cierre primario de una lesión a nivel de colédoco que drenaba bilis y que motivó la presencia de biliomas. La evolución posterior fue favorable.

Palabras clave: Biliosa. Colecistectomía. Lesión del árbol biliar.

SUMMARY

Biliary stricture is an encapsulated collection of intra or extra hepatic bile, depending on its formation mechanism, which is produced by a traumatism, iatrogenic disorder or biliary tree or gallbladder impromptu perforation, being its medical treatment surgical or mixed. The case of a 67-year old male patient is exposed. He was admitted to the University Hospital for presenting, abdominal wall tumor, pain and abdominal distention, fever and shivering; with open cholecystectomy precedent carried out eight days before his admission, who after 36 hours exacerbates his medical condition and the ultrasound reveals several liquid collections which initially were drained through the skin guided method by ultrasound scan, so that later, by means of an exploratory laparotomy, carry out the primary closure of a bile duct injury which drained bile and motivated the presence of biliary stricture. The subsequent evolution was favorable.

Key words: biliary stricture cholecystectomy, biliary tree injury.

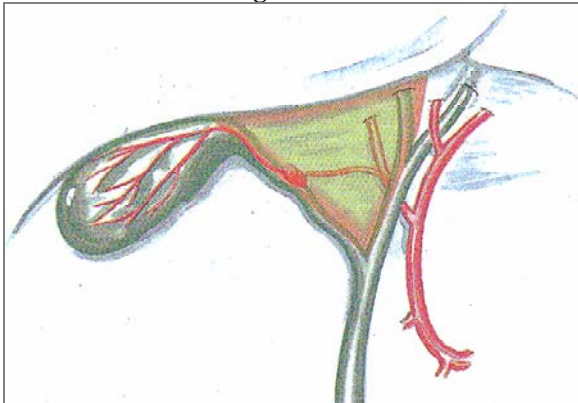
Introducción

El árbol biliar anatómicamente se divide en 4 áreas: vías biliares intrahepáticas, conducto hepático común, vesícula biliar con su conducto cístico y colédoco.

El triángulo de Calot, figura 1, limitado medialmente por el hepático común; debajo, por el conducto cístico; y, encima por la cara inferior del hígado; es un área anatoquirúrgica que debe ser disecada por el cirujano en toda colecistectomía¹², con el fin de evitar complicaciones hemorrágicas o formación de biliomas que son una colección

encapsulada de bilis intra o extrahepática debida a traumatismo, iatrogenia o perforación espontánea del árbol biliar o de la vesícula biliar⁸; clínicamente caracterizado por presencia de dolor abdominal persistente, especialmente a nivel de cuadrante superior derecho¹⁴; su valoración diagnóstica inicial se realiza por medio del ultrasonido, por su alta sensibilidad, especificidad y bajo costo; sin embargo, la ausencia de líquido en el estudio ultrasonográfico no descarta por completo la posibilidad de fuga de bilis⁵.

Figura 1
Triángulo de calot



Fuente: Morán C: Texto de Cirugía. Ed Poligráfica, Guayaquil - Ecuador 605,1999.

El diagnóstico se complementa con la tomografía computada (TC) helicoidal. No obstante, la colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es de suma importancia en la evaluación de la lesión y sigue siendo la prueba más utilizada en el diagnóstico de las lesiones de la vía biliar, demostrando la extravasación del contraste¹. El tratamiento incluye drenaje percutáneo guiado por ultrasonido o TC, cierre primario, colocación de una endoprótesis endobiliar, anastomosis terminoterminal o colocación de tubo en T⁶⁻⁸.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 67 años de edad que ingresa al hospital Universitario por presentar tumoración de pared, dolor abdominal, fiebre y escalofrío. Al examen físico general: paciente que descansa en decúbito dorsal, activo electivo, fascie dolorosa, raza mestiza, orientado en tiempo y espacio que colabora con el interrogatorio. Al examen físico regional: cabeza: normocéfalo; cuello: no adenopatías ni ingurgitación yugular; tórax: simétrico; RsCs: rítmicos normofonéticos, CsPs: claros y ventilados; en abdomen se evidencia discreta distensión abdominal acompañada de tumoración fluctuante con signos de inflamación de aproximadamente 6cm de diámetro que drena secreción purulenta localizada a nivel de incisión media infra-umbilical por prostatectomía abdominal realizada 8 días antes del ingreso hospitalario en clínica particular, resaltando que en el mismo tiempo quirúrgico descrito, se realizó colecistectomía abierta. Durante el primer día de hospitalización se realizó drenaje de absceso de pared anteriormente descrito.

Los exámenes de laboratorio revelaron leucocitosis ($17.7 \times 10^3 / \mu\text{l}$), neutrofilia (82.3%), anemia macrocítica normocromica, normoglicemia, discreta hipertransaminasemia, perfil renal y coagulograma, normal.

Inicialmente fue tratado con hidratación por vía parenteral, analgésicos y antibioticoterapia. A las 36 horas de hospitalización se exacerbó el dolor abdominal y la distensión que dificultaba el decúbito, por lo que se solicitó biometría de control que reveló mayor leucocitosis y ecografía abdominopélvica en la que se evidenció tres colecciones líquidas; 1: epigástrica que comprime y desplaza estómago hacia la izquierda, figura 2.

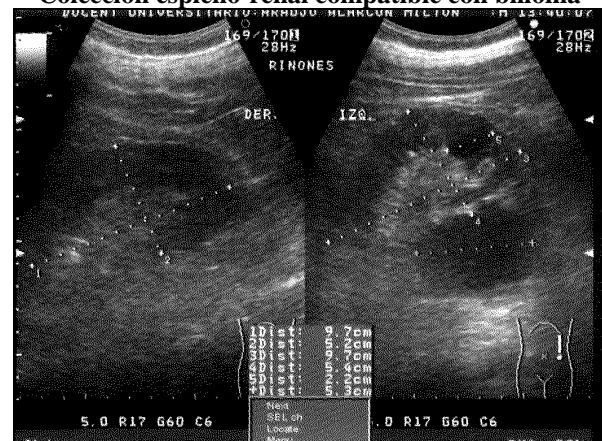
Figura 2
Colección epigástrica compatible con bilioma



Fuente: Departamento de imágenes, hospital universitario.

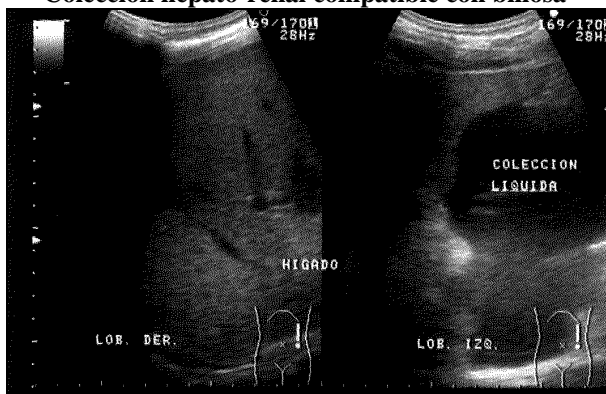
2: a nivel de espacio espleno-renal izquierdo, figura 3 y otra mal definida a nivel hepato-renal, figura 4.

Figura 3
Colección espleno-renal compatible con bilioma



Fuente: Departamento de imágenes, hospital universitario.

Figura 4
Colección hepato-renal compatible con biliosa



Fuente: Departamento de imágenes, hospital universitario.

Se realizó una punción percutánea diagnóstica y terapéutica dirigida por ecografía a nivel de la colección epigástrica, obteniéndose aproximadamente 1.500cc de líquido amarillento, el cual se envió para estudio citológico, bioquímico y cultivo con antibiograma, obteniendo el siguiente reporte:

Físico: aspecto turbio, color amarillo
 Recuento celular -10 cel/ul
 Diferencial: segmentados 86%, linfocitos 14%
 Químico: glucosa 26 mg/dl.
 Proteínas 2.43 g/dl
 Tinción de Gram (-)
 Tinción de Zielh Neelsen (-)

Posteriormente, se procedió a realizar laparotomía exploradora y como hallazgo quirúrgico se encontró: múltiples adherencias en lecho hepático, bilioma purulento aproximadamente 3.000cc, y una pequeña lesión longitudinal de aproximadamente 3mm que drenaba líquido biliar a nivel de colédoco, a 2cm de ligadura del conducto cístico, el mismo que se reparó con vycril 3/0. Durante el acto quirúrgico se drenó las colecciones, se realizó lavado de la cavidad abdominal con solución salina y se dejó un dren de Penrose a nivel del espacio de Morrison. Las primeras 24 horas de pos-operatorio el paciente permaneció en unidad de cuidados intensivos siendo tratado mediante fluidoterapia, reposición de electrolitos, analgésicos parenterales y se instauró antibioticoterapia de amplio espectro con ertapenem 1g (IV) QD, hasta que se recibió el resultado de cultivo y antibiograma que indicó la presencia *Klebsiella Pneumoniae* que fue tratada de acuerdo al antibiograma. El paciente evolucionó favorablemente y egresó a los 6 días del posoperatorio.

Discusión

La colecistectomía abierta y laparoscópica constituyen el manejo estándar para el tratamiento de pacientes con cálculos biliares sintomáticos, y al igual que en todas las operaciones para el éxito en el resultado final, es necesario observar y reconocer adecuadamente las referencias anatómicas; sin embargo, no está exenta de complicaciones tales como: hemorragias y lesiones de los conductos biliares¹⁴, presentándose con más incidencia en la cirugía laparoscópica que por la vía abierta⁴.

Las lesiones de las vías biliares se producen por traumas abdominales penetrantes o cerrados y más frecuentemente durante la colecistectomía. También, ocurre cuando se explora el colédoco o en el curso de otras operaciones que se efectúan a nivel de abdomen superior como gastrectomías, derivaciones porto-cavas o intervenciones hepáticas o pancreáticas. La naturaleza y consecuencia de estas lesiones después de una colecistectomía, pueden ir desde una pequeña acumulación posoperatoria de líquido que contiene bilis con secuelas clínicas leves o nulas hasta la formación de biliomas, o incluso estenosis intra o extra hepáticas⁶.

Existen ciertos factores predisponentes para que se produzcan lesiones de las vías biliares tales como:

- Variaciones anatómicas.
- Hemorragia durante la disección, puesto que se puede cometer el error de aplicar ciegamente pinzas hemostáticas o puntos de sutura.
- Lesiones por retracción; la retracción excesiva de la vesícula biliar puede producir sección de los conductos císticos frágiles.
- Lesiones térmicas; producidas por el electrocauterio ya que en algunos casos no se puede controlar de manera precisa la profundidad de la penetración de la energía térmica y de la variable conductividad, por los tejidos según su contenido de agua y propiedades físicas⁶⁻⁹.

El bilioma es una colección encapsulada de bilis contenida por un proceso adhesivo de epitelización formado por células inflamatorias, fibroblastos y tejido granulomatoso¹⁵. En la mayoría de los casos se identifica algún factor

traumático como cirugía biliar o hepática, responsable de una laceración en algún punto de la vía biliar que permite la salida de bilis. Entre otras causas descritas menos comunes tenemos: embolizaciones hepáticas, colangiografía transhepáticas y biopsias hepáticas⁷. El bilioma secundario a traumas hepáticos, según datos estadísticos, se producen en el 3% de los casos a menudo se complican con infección especialmente si el traumatismo ha sido penetrante¹⁰.

Las manifestaciones clínicas del bilioma son inespecíficas, tras un intervalo variable de tiempo; desde el factor causal, se presenta dolor persistente especialmente en hipocondrio derecho acompañado de distensión abdominal^{7,14}, como fue el caso clínico presentado donde existía la referencia de una colecistectomía abierta realizada 8 días antes del ingreso. Desde el punto de vista diagnóstico la ultrasonografía es de gran utilidad; el bilioma se aprecia como una imagen bien delimitada anecoica, a veces septada con refuerzo acústico posterior en la proximidad de estructuras biliares; además nos permite diferenciarlo de quistes hepáticos, hematomas y pseudo quistes pancreáticos.

El tratamiento de elección es el drenaje percutáneo guiado por ecografía o TC^{7,11,13}, reservándose la cirugía para los casos con fuga activa, estenosis biliar, fracaso del drenaje y otras complicaciones⁷; los desgarros ductales parciales (menos del 50% de la circunferencia) pueden repararse en forma primaria con un cierre longitudinal o transversal (del tipo de Heineke – Mikulicz); se recomienda adoptar precauciones para evitar la constricción ductal. El cierre del conducto se lleva a cabo con un material monofilamento reabsorbible¹⁶. Como se realizó en el caso presentado, puesto que inicialmente se efectuó una punción con fines diagnóstico-terapéutico; teniendo como premisa fundamental que la detección temprana de las lesiones de la vía biliar es esencial para el éxito de los procedimientos guiados por imágenes^{2,3}, posteriormente la resolución final mediante laparotomía exploradora.

Referencias bibliográficas

1. Álvarez A, Aguirre R, Gallardo Y: Yatrogenia quirúrgica de la vía biliar principal en colecistectomía laparoscópica en 5 años. <http://cirugest.com/revista/2005/02/2005-01-31.htm>. 23/02/2007.
2. Álvarez J: Drenaje percutáneo. <http://www.uac.org.ar/PDF/UT1203.pdf>. 22/02/2007.
3. Antico E, Candefari R, Centini G, et al: Iatrogenic lesions of the bile ducts in laparoscopic cholecystectomy. Therapeutic potencial of intervention radiology. *Rev Radiol Med, Torino – Italy* 95 (5): 481 – 485, 1998.
4. Buanes T, Mjaland O: Complications in laparoscopic and open cholecystectomy: a prospective comparative trial. *Rev Surg Laparosc Endosc, USA* 6(4): 266-72, 1996.
5. Chousleb E, Schuchleib S, Chousleb S: Bilioma tardío secundario a fuga de conducto accesorio poscolecistectomía laparoscópica. Reporte de un caso. *Rev Asociación Mexicana de Cirugía endoscópica, Anáhuac – México* 3 (2): 74 – 77, 2002.
6. De la Hoz J: Lesiones de las vías biliares. <http://www.fenapem.org.ve/GuíasdeUrgencias/Trauma/Lesiones de las vías biliares.pdf>. 24/02/2007.
7. Fernández P, Martí M, Agueda S: Bilioma poscolecistitis aguda. A propósito de dos casos. *Rev Clínica Española, Madrid – España* 205 (8): 383 – 385, 2005.
8. García I, Pozo F, Ricarte P: Bilioma como complicación posoperatoria del trasplante cardíaco. *Rev Cirugía Española, Asturias – España*, 69 (5): 521-522, 2001.
9. Gazzaniga GM, Filauro M, Moril L: Surgical treatment of iatrogenic lesions of the proximal common bile duct. *Rev World J Surg, USA* 25:1254-1259, 2001.
10. Kenneth L, David V, Moor E: Trauma. 14va ed, Ed Mc Graw Hill Companies, Inc, USA 687, 2000.
11. Misra S, Melton GB, Geschwind JF, et al: Percutaneous management of bile duct strictures and injuries associated with laparoscopic cholecystectomy: a decade of experience. *Rev J Am Coll Surg USA* 198:218–226, 2004.
12. Morán C: Texto de Cirugía. Ed Poligráfica, Guayaquil – Ecuador 605,1999.
13. Sicklick J, Camp M, Lillemoe K, et al: Surgical Management of Bile Duct Injuries Sustained during Laparoscopic Cholecystectomy Perioperative Results in 200 Patients. *Rev Ann Surg, Marylan – USA* 241(5): 786 - 795, 2005.
14. Schwart MD: Principios de Cirugía. 6ta ed, Ed Interamericana Mc Graw Hill, USA 1434, 2002.
15. Tzeng J, Shin T, Huang Ch, Ho W: Bilioma After Laparoscopic Cholecystectomy: A case report. *Rev Chin Med J, Taipei – Taiwan* 60: 313 – 315, 1997.
16. Zuidema G: Cirugía del aparato digestivo de Shackerford. 5 ed, Ed Panamericana, USA 1521, 2002.

Dra. Xiomary Estrada González
Teléfonos: 593-04-2514268; 095397960
Fecha de presentación: 03 de agosto de 2007
Fecha de publicación: 02 de marzo de 2009
Traducido por: Estudiantes de la Carrera de Lengua Inglesa, Mención traducción, Facultad de Artes y Humanidades. Responsable: Estefanía Padilla V.