



## TRATAMIENTO DEL BILOMA INTRAHEPÁTICO POSQUIRÚRGICO POR TRAUMATISMO HEPÁTICO MEDIANTE DRENAJE EXTERNO PERCUTÁNEO

**Sr. Director:** En general, las complicaciones derivadas de los traumatismos hepáticos son más comunes tras su tratamiento quirúrgico. El 20% de los pacientes con daño hepático por traumatismo desarrollan complicaciones no fatales, como infección, hemorragia tardía, biloma y hemobilia<sup>1</sup>. Los bilomas intrahepáticos constituyen una complicación infrecuente, cuyo tratamiento tiende a ser cada vez más conservador<sup>2-4</sup>. Presentamos el caso de un niño de 12 años que tras tratamiento quirúrgico por un traumatismo hepático grave presentó como complicación un biloma intrahepático. El paciente acudió al servicio de urgencias por traumatismo abdominal tras caerle encima una portería de fútbol-sala una hora y media antes de su ingreso. En la exploración estaba consciente y orientado, con palidez cutaneomucosa. No había focalidad neurológica y presentaba herida incisocontusa en el pabellón auricular izquierdo. El abdomen era difusamente doloroso a la palpación con contractura generalizada e irritación peritoneal difusa. Las radiografías de cráneo y columna cervical se encontraban dentro de la normalidad.

En la tomografía axial computarizada (TAC) abdominal se evidenció una imagen de rotura hepática en el lóbulo hepático derecho con abundante líquido libre intraabdominal perihepático, periesplénico y entre asas.

Con el diagnóstico de traumatismo hepático grave y ante la desestabilización hemodinámica del paciente, se decidió practicar una intervención quirúrgica urgente evidenciando rotura hepática en el lóbulo hepático derecho a la altura de los segmentos V y VIII en las caras diafragmática e inferior (perivesicular) hepáticas. Además se encontró gran hematoma en la cabeza-cuerpo del páncreas, así como hematomas perirrenal y retroperitoneal derechos importantes con integridad del riñón derecho. Se realizó hemostasia del lóbulo hepático derecho con puntos de sutura apoyados sobre celulosa oxidada (Surgicel<sup>®</sup>) en la rotura de la cara diafragmática hepática y colocación de celulosa oxidada (Surgicel<sup>®</sup>) en la rotura de la cara inferior del hígado. Se dejó dren de Penrose subhepático.

Al sexto día postoperatorio, la TAC abdominal realizada objetivó un pequeño biloma intrahepático en la porción más caudal en proximidad de la vesícula biliar. El drenaje abdominal era de aspecto serohemático.

Al séptimo día postoperatorio el paciente presentó colestasis clínica y analítica con ictericia de piel y mucosas, así como elevación de los parámetros bioquímicos con máxima elevación de los mismos al noveno día postoperatorio (fosfatasa alcalina, 2.277; GGT, 768 UI/l).

Del mismo modo, se evidenció una pancreatitis postraumática, con elevación máxima de amilasa (536 UI/l) y lipasa (687 UI/l) el undécimo día postoperatorio. Se trató al paciente con nutrición parenteral, antibioterapia y octreótido.

Al noveno día postoperatorio se retiró dren de Penrose por ausencia de drenaje por el mismo.

A los 13 días tras la intervención, con persistencia y aumento de la colección intrahepática perivesicular hasta un tamaño máximo de 4 x 4 cm (fig. 1), se colocó percutáneamente un catéter de drenaje de 8 Fr con salida de bilis. El catéter se mantuvo hasta la completa desaparición de dicha colección intrahepática y la ausencia de drenaje biliar a través del catéter.

*Fig. 1. Biloma intrahepático de localización perivesicular en la tomografía axial computarizada abdominal.*

El paciente evolucionó posteriormente de forma favorable y sin complicaciones, por lo que fue dado de alta hospitalaria un mes después del ingreso completamente asintomático.

Los bilomas y fístulas biliares aparecen en el 6% de los pacientes que requieren hepatorrafia tras traumatismos hepáticos<sup>2</sup>. Se deben sospechar en pacientes con traumatismo hepático con presencia de ictericia, fiebre o dolor en el cuadrante superior derecho del abdomen y derrame pleural derecho<sup>2-5</sup>.

Aunque la ecografía abdominal es útil y suficiente para el diagnóstico de las colecciones intrahepáticas, la TAC abdominal con contraste es hoy día la exploración de elección para el diagnóstico de las complicaciones derivadas de lesiones traumáticas hepáticas. Permite no sólo localizar exactamente colecciones intrahepáticas residuales y determinar su naturaleza, sino además controlar su progresión o resolución, y su punción-drenaje externa guiada, como tratamiento de primera elección frente al tratamiento quirúrgico abierto. El diagnóstico definitivo se alcanza por la punción-aspiración de la colección y su posterior análisis<sup>1,4</sup>. La colangiografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía y la colocación de *stents* endobiliares deben reservarse para las fístulas biliares mantenidas que hagan sospechar la presencia de una lesión de la vía biliar como consecuencia del traumatismo<sup>6</sup>. Por tanto, el drenaje externo percutáneo guiado por TAC debe ser de primera elección en el tratamiento de los bilomas asociados a hepatorrafia tras traumatismos hepáticos graves<sup>2-6</sup>.

P. CASCALES SÁNCHEZ, A. SASTRE, D. GARCÍA PICAZO,  
P.I. GONZÁLEZ CAMUÑAS, E. GARCÍA BLÁZQUEZ  
y J.M. MORENO RESINA

Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario de Albacete.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. Shanmuganathan K, Mirvis SE. CT scan evaluation of blunt hepatic trauma. *Radiol Clin North Am* 1998;36:399-41.
2. Howdieshell TR, Purvis J, Bates WB, Teeslink CR. Biloma and biliary fistula following hepatorraphy for liver trauma: incidence, natural history, and management. *Am Surg* 1995;61:165-8.
3. García Uruelles X, Uroz Tristan J, Ávila Suárez R, Alonso Jiménez L. Intrahepatic biloma. Conservative management with external drainage. *Cir Pediatr* 1996;9:85-7.
4. Shahrudin MD, Noori SM. Biloma and biliary fistula associated with hepatorraphy for liver trauma. *Hepatogastroenterology* 1997;44:519-21.
5. Ortiz Mendoza CM, Soto Villagran R, Cuéllar Velázquez M. Post-traumatic intrahepatic extraductal bile collection. *Rev Gastroenterol Mex* 1998;63:159-62.
6. Backer A, Fierens H, De Schepper A, Pelckmans P, Jorens PG, Vaneerdeweg W. Diagnosis and nonsurgical management of bile leak complicated by biloma after blunt liver injury: report of two cases. *Eur Radiol* 1998;8:1619-22.