



## P-276 - FÍSTULA BILIOPLEURAL TRAS BIOPSIA HEPÁTICA EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

N. González Alcolea, J. García Schiever, B. Laiz Díez, E. Jiménez Cubedo, P. Calvo Espino, M.D. Chaparro Cabezas, M.C. Jiménez Garrido y V. Sánchez Turrión

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

### Resumen

**Objetivos:** Presentar el caso de un paciente trasplantado hepático con fístula biliopleural tras biopsia hepática, que se trató de forma conservadora.

**Caso clínico:** Varón de 66 años, trasplantado hepático por cirrosis por VHC y hepatocarcinoma, con recidiva precoz de VHC en el injerto. Tras biopsia hepática de control presenta hemotórax iatrógeno que requiere drenaje transtorácico. Tras el alta, acude a urgencias una semana más tarde por fiebre, tos seca y dolor torácico. La radiografía de tórax muestra derrame pleural derecho. En la analítica destaca PCR 66,4 mg/l y GGT 142 U/l, con bilirrubina 0,6 mg/dl. Se inicia antibioterapia (piperacilina-tazobactam y vancomicina) y se coloca drenaje endotorácico. Se toman muestras para microbiología y bioquímica: proteínas 3,7 g/dl, colesterol 85 mg/dl, triglicéridos 61 mg/dl, amilasa 16 U/l, bilirrubina 7,2 mg/dl. Inicialmente el débito del drenaje es serohemático, evolucionando posteriormente a un aspecto claramente bilioso. Con la sospecha de fístula biliopleural se solicita Eco-HIDA, sin evidencia gammagráfica de fuga biliar; y colangioRMN, que objetiva colección subfrénica y hemotórax de localización subpulmonar asociado a derrame con niveles hidroaéreos sin demostrar fuga biliar. Ante estos hallazgos se decide iniciar tratamiento con urokinasa intrapleural y CPRE, que muestra una vía biliar normal sin fístula ni fuga de contraste a ningún nivel. Se realiza esfinterotomía biliar y colocación de prótesis plástica. Tras CPRE y una semana de tratamiento fibrinolítico presenta disminución progresiva del débito del drenaje, de aspecto serohemático, con reexpansión completa pulmonar.

**Discusión:** La fístula biliopleural es una entidad poco frecuente. Su etiología incluye los traumatismos hepáticos, enfermedades parasitarias, abscesos subfrénicos, obstrucción biliar o de causa iatrogénica (como migración de stents biliares, poscolecistectomía, biopsia hepática o ablación por radiofrecuencia de lesiones hepáticas). La TC y ecografía pueden identificar colecciones biliares y torácicas, pero es menos frecuente que demuestren el trayecto fistuloso. El diagnóstico definitivo se puede realizar mediante toracocentesis que muestra la presencia de bilis (cociente bilirrubina líquido pleural/ bilirrubina sérica mayor de 1), Eco-HIDA con acumulación de radioisótopo en espacio pleural, o demostrando el trayecto fistuloso mediante CPRE. Esta última es la modalidad de elección, ya que además puede ser terapéutica al permitir la realización de esfinterotomía y colocación de prótesis. El tratamiento conservador consiste en la colocación de un tubo de drenaje endotorácico con o sin drenaje de la vía biliar y antibioterapia. El tratamiento quirúrgico se reserva para aquellos casos en los que el tubo de tórax no sea efectivo o en casos de larga evolución.