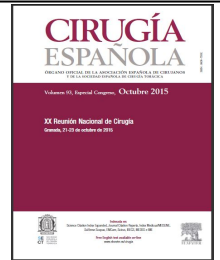




Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-018 - FÍSTULA BILIOBRONQUIAL TRAS HEPATECTOMÍA DERECHA

Oms Bernad, Luis M.¹; Rodríguez Giardinieri, Diego¹; Romaguera Monzonis, Andreu²; Pérez Muñante, Mónica Elisabeth¹; Ferrer Valero, Marta¹; García Borovia, Francisco Javier²

¹Consorci Sanitari de Terrassa, Terrassa. ²Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Introducción: La fístula broncobiliar es un trastorno muy infrecuente que consiste en la interconexión de los árboles biliar y bronquial que puede cursar con bilitis y es de difícil tratamiento, asociándose a una elevada tasa de morbilidad. Entre sus causas están las infecciones hidatídicas o amebianas del hígado, abscesos piogénicos o tumores hepáticos, traumatismos o estenosis biliares. Sin embargo, su aparición como complicación de la cirugía hepática es excepcional.

Caso clínico: Paciente de 66 años con antecedentes de hipertrofia prostática benigna e hipertensión arterial, intervenido tras embolización de la rama portal derecha por hepatocarcinoma en lóbulo hepático derecho con afectación de vena suprahepática derecha, sobre hígado no cirrótico. Tras un curso postoperatorio favorable es dado de alta al noveno día de la intervención. Diagnosticado de hepatocarcinoma unifocal pobremente diferenciado, grado histológico 3 con márgenes libres. Durante las semanas posteriores presenta deterioro progresivo del estado general acompañado de fiebre y disnea en los días previos al reingreso. Un mes después del alta reingresa presentando shock séptico y depresión del nivel de consciencia. En la TC se identifica neumonía necrotizante basal derecha con pequeña discontinuidad diafragmática y comunicación con colección hidroaérea paracólica medial adyacente a los cambios posthepatectomía. Recibe antibioticoterapia empírica y apoyo ventilatorio y hemodinámico, practicándose drenaje percutáneo de biloma subfrénico con colapso de la cavidad hidroaérea contaminada por gérmenes multiresistentes. Así mismo, se drena la vía biliar con endoprótesis plástica apreciándose una tenue fuga de contraste en la parte apical de segmento IV. Salida de bilis por tubo endotraqueal y posteriormente por cánula de traqueostomía. Tras diversos recambios de catéter por obstrucción, es reintervenido mediante laparotomía sin apreciarse ni punto de fuga ni defecto diafragmático evidente, instaurándose sistema de lavado continuo. Se asiste a un paulatino descenso del débito de la bilirragia, desaparición de la bilitis y mejora de la condensación y cavitación lobar inferior derecha. Afasia y hemiplejía derecha con lesiones isquémicas en TC cerebral. Se consigue decanulación y traslado a planta de hospitalización, siguiendo programa de rehabilitación con mejora neurológica.

Discusión: La fístula broncobiliar es una complicación excepcional de la hepatectomía, representando un desafío que precisa de un abordaje multidisciplinar. Se recomienda la utilización de procedimientos de menor a mayor agresividad, que varían desde la endoprótesis biliar y drenaje percutáneo, la inyección de cianoacrilato mediante broncoscopia, hasta la lobectomía pulmonar y hepatectomía, pasando por el drenaje quirúrgico y la interposición de musculatura intercostal para tapar el defecto diafragmático. El caso presentado revestía una gravedad máxima por la repercusión sistémica y la afectación del parénquima pulmonar, pero una vez conseguido un drenaje adecuado de la fístula biliar, se solucionó la comunicación

con el árbol bronquial lo que permitió la mejora del paciente.