



www.elsevier.es/cirugia

P-213 - BILIOTRAX: UNA RARA COMPLICACIÓN TRAS DRENAJE BILIAR PERCUTÁNEO TRANSHEPÁTICO

Triguero Cabrera, Jennifer; Zurita Saavedra, Marisol; Fernández Segovia, Elena; Álvarez Martín, María Jesús; Mogollón González, Mónica; González Martínez, Selene; Villar del Moral, Jesús María; Torres Alcalá, José Tomás

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: El biliotórax es una complicación excepcional tras procedimientos intervencionistas transhepáticos realizados mediante abordaje percutáneo. El drenaje biliar percutáneo transhepático (DBPT) es una técnica bien establecida y segura para el manejo de las obstrucciones y fugas biliares, con un porcentaje de complicaciones mínimo. Presentamos el caso de un paciente sometido a DBPT como tratamiento de la fuga biliar poscolectomía, complicado con una fistula biliopleural con desarrollo posterior de biliotórax.

Caso clínico: Varón de 71 años, con antecedente de gastrectomía total con reconstrucción en Y de Roux por adenocarcinoma gástrico. Consultó por dolor abdominal en hipocondrio derecho y fiebre elevada. Analíticamente destacaba aumento de los reactantes de fase aguda con cifras de bilirrubina y enzimas de colestasis normales. La ecografía de abdomen reveló una vesícula biliar distendida con litiasis de 2,5 cm de diámetro enclavada en infundíbulo y signos típicos de colecistitis aguda con probable microperforación del fundus. Dado el antecedente quirúrgico se decidió realizar colecistectomía abierta con hallazgo de gran síndrome adherencial y plastrón inflamatorio que involucraba al colon. La vesícula biliar fue difícil de identificar, encontrándose muy distendida y con signos de colecistitis gangrenosa. Para la identificación del conducto cístico fue precisa la apertura de la pared vesicular, canalización del mismo con sonda y posterior ligadura con seda. La intervención fue dificultosa, dejando colocado drenaje aspirativo plano en el lecho quirúrgico. Al 4º día postoperatorio el drenaje adquirió aspecto biliar con un débito de 100 ml diarios, sin repercusión clínica. Se decidió colocación de DBPT, ante la imposibilidad de realización de CPRE. El procedimiento fue realizado a través del 11º espacio intercostal derecho, y el catéter fue alojado en la vía biliar principal a través del conducto hepático derecho. Tras movimiento accidental del drenaje biliar, el paciente presentó un episodio de disnea súbita, realizándose TAC toracoabdominal urgente que reveló la presencia de un gran derrame pleural derecho. Se realizó toracocentesis con salida de 600 mL de líquido de aspecto biliar y se colocó un drenaje torácico. Se indicó revisión del DBPT tras el hallazgo del biliotórax, con recambio del mismo a uno de mayor calibre. La fuga biliar fue resuelta al 7º día, manteniéndose el drenaje durante 3 días más. El drenaje torácico resolvió el biliotórax, retirándose a los 14 días. La evolución posterior fue satisfactoria, recibiendo el alta hospitalaria tras 30 días de ingreso y sin complicaciones posteriores.

Discusión: A pesar de que el DBPT es una técnica segura, existe un pequeño porcentaje de complicaciones mayores, entre las que se encuentran las lesiones pleurales, que suelen manifestarse como biliotórax. El acceso habitual a través de los espacios intercostales inferiores del lado derecho y el movimiento o salida accidental del drenaje, aumenta la posibilidad de esta lesión. En nuestro caso, el biliotórax se exacerbó

probablemente por el movimiento accidental del drenaje. El recambio del mismo a uno de mayor calibre mantenido durante 10 días y el drenaje torácico, fueron la solución de esta rara complicación.