



## P-267 - MANEJO QUIRÚRGICO MULTIDISCIPLINAR DE UNA FÍSTULA BILIOBRONQUIAL COMPLEJA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Marcos Cortés, Inés; Fernández Noel, Silvia; González Rivas, Amaia; Otero Torrón, Blanca; Lavin Montoro, Lucía; Santamaría García, Claudia; Loinaz Segurola, Carmelo; Caso Maestro, Óscar

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Introducción:** La fistula biliobronquial se trata de una infrecuente comunicación entre la vía biliar y el árbol bronquial que puede ocurrir de manera congénita o bien de forma secundaria por infección, trauma, hepatocarcinoma o quiste hidatídico adherido a diafragma, como complicación de cirugía hepatobiliar o procedimiento percutáneo (quimioembolización, ablación por radiofrecuencia...). Además, es una enfermedad que presenta una morbilidad no desdeñable si no se trata (alto riesgo de sepsis y enfermedades pulmonares, con 50% de mortalidad) y cuya sospecha diagnóstica comienza a raíz de síntomas como bilioptisis, que es patognomónico. Actualmente, no existe consenso en el tratamiento y, dependiendo del caso, se puede plantear técnicas no invasivas (como tratamiento endoscópico de la vía biliar asociando colocación de prótesis) o manejo invasivo con un equipo multidisciplinario dada la complejidad quirúrgica de esta patología que puede requerir abordaje abdominal y torácico simultáneo.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de una mujer de 62 años con antecedente de hemicolectomía izquierda por adenocarcinoma de colon en 2013 y posterior recidiva hepática en 2015 que requiere hepatectomía derecha y tratamiento quimioterápico adyuvante. Durante el seguimiento, presenta en 2018 una lesión hepática por la que recibe radioterapia. Posteriormente, presenta varios episodios de colangitis secundaria a estenosis del colédoco posradioterapia con necesidad de colocación de catéter interno-externo y prótesis por Radiología Vascular. Reingresa desde 2022 en varias ocasiones con clínica de tos crónica y esputos biliosos debido a una colección subfrénica con fistulización a cavidad torácica que es tratada inicialmente de forma conservadora con antibióticos, punción, colocación de prótesis biliares y embolización con repermeabilización de la fistula biliobronquial en todos los casos, decidiéndose intervenirla quirúrgicamente. Se interviene vía abierta por laparotomía subcostal objetivando a nivel subdiafragmático derecho una cloaca de pared gruesa con salida de material biliopurulento a su apertura, con exposición de la prótesis metálica recubierta en su vertiente hepática que además comunica con la pared torácica. Se realiza broncoscopia intraoperatoria que descarta afectación bronquial y se realiza una derivación biliar sobre la cloaca tipo *oralis totalis* mediante hepaticoyeyunostomía en Y de Roux en la cloaca de la cúpula hepática y epiplastia diafragmática rellenando el hueco entre la cavidad torácica y la derivación biliar. El posoperatorio transcurre sin incidencias, con colangiografía a través del catéter interno externo de control sin visualizar fuga, permitiendo la retirada del mismo a los 3 meses de la intervención. En el seguimiento, mantiene una fistula broncocutánea en la región torácica derecha que requiere manejo por Cirugía Torácica y Plástica, realizando ampliación del orificio fistuloso subcostal sin objetivar intraoperatoriamente comunicación con la cavidad torácica y cierre primario mediante colgajo dorsal ancho pediculado. Hasta el momento, sin nuevas fugas o complicaciones.



**Discusión:** El manejo quirúrgico de la fistula biliobronquial, tras fracasar las técnicas no invasivas, supone un desafío dada la complejidad técnica. Por este motivo, la planificación multidisciplinar juega un papel fundamental para determinar el procedimiento quirúrgico más adecuado para cada paciente.