



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-679 - COLEPERITONEO SECUNDARIO A ROTURA DE RADICAL BILIAR EN LÓBULO HEPÁTICO IZQUIERDO

Ferre Ruiz, Estefanía; Hernández Vélez, Leyre; Sánchez Pérez, Belinda; Aranda Narváez, José Manuel; Gutiérrez Delgado, María del Pilar; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: La ruptura espontánea de un conducto biliar es una entidad infrecuente. Puede ser tanto intra como extrahepática, siendo esta última más frecuente. Los quistes coledococianos o anomalías del sistema pancreatobiliar hacen que sea más frecuente en la infancia. Entre las causas que se han postulado encontramos: incremento de la presión intraluminal, (secundario a coledocolitiasis-hepatolitiasis, espasmo del esfínter de Oddi o tumor de la vía biliar). Erosión de la pared biliar por impactación de una litiasis. Debilidad de la pared biliar por una infección intramural. Anomalías congénitas del sistema biliar. Un ejemplo es la enfermedad de Caroli, cuyos quistes presentan una pared delgada conformada por epitelio uniestratificado, que lo hace propenso a la perforación. Aunque la mayoría de los casos publicados son catalogados como rupturas espontáneas, la mayoría se debe a la presencia de coledocolitiasis. La búsqueda en la literatura acerca de rupturas de los conductos biliares intrahepáticos arroja que los conductos biliares localizados en la superficie hepática izquierda son más propensos a lesionarse con el aumento de la presión intracanicular. Para el tratamiento es imprescindible tener en mente el dogma de que la cirugía conservadora es el *gold standard* en las formas de presentación agudas (peritonitis). En el caso de rotura del conducto hepático común o colédoco se recomienda realizar un cierre primario sobre tubo en T, siempre y cuando se haya descartado obstrucción distal. En caso de obstrucción distal, si se debe a una litiasis se realizará una coledocotomía para la extracción de la misma; si no, se deberá realizar un *bypass* entérico. Cuando el paciente presenta una enfermedad de Caroli localizada en un solo lóbulo, la hepatectomía diferida está indicada. En las formas difusas, el trasplante hepático podría ser una opción.

Caso clínico: Presentamos el caso de una lesión espontánea de un conducto biliar intrahepático, en un paciente con una enfermedad de Caroli y coledocolitiasis de gran tamaño obstructiva. Varón de 58 años. Antecedente de gastrectomía subtotal + colecistectomía + reconstrucción en Y de Roux por úlcera complicada. Ingreso previo por colangitis secundaria a coledocolitiasis, manejada con antibioterapia y exploración de la vía biliar quirúrgica. Reingresa por nuevo episodio de colangitis. Se inicia antibioterapia. A las 48 h deterioro clínico y hemodinámico. TC de abdomen urgente (fig. 1) que corrobora coleperitoneo por rotura de radical biliar dilatado LHI (II-III) por recidiva de coledocolitiasis (fig. 2). Se realiza limpieza y drenaje de coleperitoneo. Coledocotomía, extracción de coledocolitiasis (fig. 3), cierre sobre Kehr y cierre de rotura de radical con puntos sueltos. Posoperatorio marcado por mínima fuga biliar que se resuelve de forma conservadora.

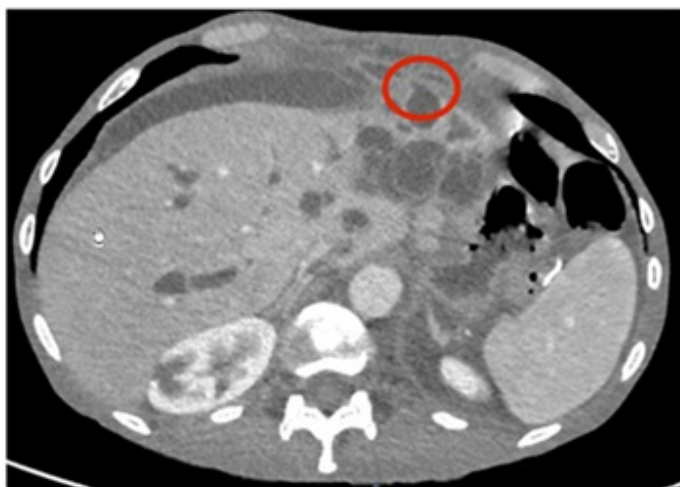


Fig 1 -> TC ABDOMEN C/C IV: coleperitoneo por rotura de radical biliar dilatado LHI (II-III) por hiperpresión por recidiva litiásica en colédoco distal.



Fig 2 -> Peritonitis biliar de los cuatro cuadrantes secundaria a rotura de radical biliar sobre superficie del lóbulo hepático izquierdo.



Fig 3 -> Coledocolitiasis de gran tamaño extraídas

Discusión: La rotura espontánea de un conducto biliar es una entidad infrecuente, pero con una elevada morbimortalidad. El diagnóstico supone un gran desafío. Se debe sospechar siempre que nos encontremos ante una peritonitis biliar sin neumoperitoneo. Un manejo quirúrgico rápido y eficaz se asocia a un mejor pronóstico.