

10. Krenk L, Rasmussen LS, Kehlet H. New insights into the pathophysiology of postoperative cognitive dysfunction. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2010;54:951-6.

Petros Papagiorgis

General Surgeon, Technological Educational Institute of Athens,
Faculty of Health and Caring Professions, Athens, Greece

Correo electrónico: ppapagiorg@teiath.gr

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.10.014>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Fístula hepatobronquial: una rara complicación de un absceso hepático



Hepatobronchial fistula: A rare complication of liver abscess

La fístula hepatobronquial (FHB) es una rara entidad, definida como la comunicación anormal de un sector del parénquima hepático, con un sector del árbol bronquial, a través de un trayecto diafragmático. Descrita por primera vez por Peacock en 1850, en un paciente con un quiste hidatídico hepático y vómitos hidatídicos, su frecuencia ha disminuido principalmente por el uso de antibióticos ante abscesos hepáticos y el tratamiento quirúrgico de los quistes hidatídicos hepáticos y pulmonares¹.

Pueden ser congénitas o adquiridas. Dentro de las adquiridas la principal causa (80%) son los quistes hidatídicos hepáticos que se transitan hacia la cavidad pleural a través del diafragma. El otro 20% está dado por abscesos hepáticos (amebianos o piógenos), enfermedad litiasica de la vía biliar, y en menor frecuencia como consecuencia de una cirugía o un trauma hepático^{2,3}.

Se denominan fístulas bilio-bronquiales (FBB) a aquellas en las que algún sector de la vía biliar se comunica con el árbol bronquial, perpetuando el trayecto⁴. En estos casos el diagnóstico reviste mayor facilidad ya que el paciente presenta tos productiva con esputo bilioso franco, que característicamente tiñe los dientes de amarillo, asociado a fiebre y leucocitosis.

Las FHB que no tienen comunicación con la vía biliar, generalmente secundarias a abscesos hepáticos, son más raras. No presentan la biliptisis característica, sino broncorrea purulenta, alimentada por el absceso hepático. Suelen presentarse en el contexto de un síndrome infeccioso florido, con fiebre y leucocitosis, dolor abdominal en hipocondrio derecho y, en ocasiones, dolor pleurítico y tos. Pueden presentar disnea de diversa magnitud, y en algunos casos ictericia⁵.

El diagnóstico se complementa con radiografía y tomografía computarizada (TC). El rango de propuestas terapéuticas es amplio, desde las conductas conservadoras, hasta las mínimamente invasivas y la cirugía radical (por abordaje torácico o toraco-abdominal), con diversos resultados⁶.

Presentamos, a continuación, un caso de una FHB, de diagnóstico y resolución en nuestro servicio.

Varón de 70 años, operado de urgencia por colecistitis aguda evolucionada. Cirugía inicialmente por abordaje laparoscópico, que hubo de ser convertida a vía abierta por dificultad técnica ante el intenso proceso inflamatorio. Sin accidentes intraoperatorios, buena evolución posterior, cumpliendo tratamiento antibiótico durante 7 días.

Reingresa 40 días después con cuadro de tos, broncorrea purulenta abundante de color amarronado y fiebre. Exámenes de laboratorio: 17.000 leucocitos/mm³, tiempo de protrombina del 53% y hemoglobina 9,2 mg/dl. La radiografía de tórax evidencia ocupación inhomogénea de base pulmonar derecha. Presenta insuficiencia respiratoria, secundaria a neumonía grave, ingresa en cuidados intermedios y se solicita TC de tórax y abdomen.

La TC muestra colección heterogénea en la cúpula hepática (segmentos 7 y 8) de unos 11-12 cm de diámetro compatible con absceso, foco de consolidación basal derecha y moderada cantidad de líquido pleural (fig. 1).

Se inicia tratamiento con ciprofloxacino y metronidazol intravenoso de modo empírico, y se procede a realizar punción percutánea evacuadora, guiada por ecografía del absceso hepático, colocando un drenaje tipo Dawson Müller de 12 fr, obteniendo 300-400 ml de pus amarronado de iguales características a la broncorrea del paciente. Se observa que el lavado del absceso provoca tos, lo cual sumado al antecedente quirúrgico y las imágenes, sella el diagnóstico de fístula hepatobronquial. La evidencia de contraste en la vía aérea con la instilación del mismo a través del drenaje hepático apoya nuestro diagnóstico (fig. 2). Se coloca un drenaje pleural, con escaso débito turbio, que desaparece en 24 h.

Cultivo de pus positivo para *Escherichia coli*, sensible a los antibióticos previamente prescritos. Se retira el drenaje pleural a los 3 días. Los drenajes hepáticos no tienen contenido bilioso, se lavan diariamente y su débito es nulo al sexto día, por lo que se cierran. La TC de control al mes y a los 6 meses muestran resolución del absceso y de la fístula.

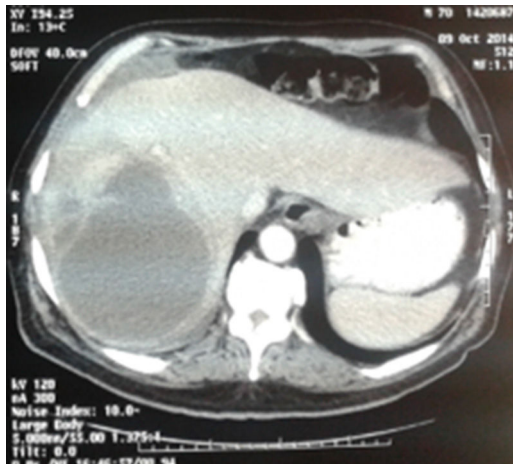


Figura 1 – TAC: absceso hepático.

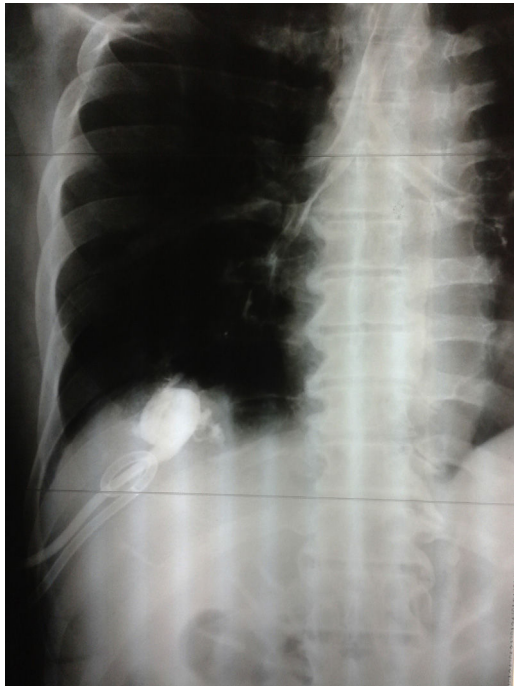


Figura 2 – Radiografía de tórax: I. La instilación de contraste hidrosoluble por el drenaje hepático contrasta la vía aérea.

Presentamos un caso de una FHB, complicación inusual, a consecuencia de un procedimiento frecuente (colecistectomía de urgencia). Si bien el diagnóstico es más evidente cuando el paciente presenta biliptosis franca, en los casos en los que no hay comunicación biliar el diagnóstico es más difícil. La TC es el primer estudio de imagen a solicitar, ya que permite delimitar el absceso hepático y valorar el compromiso pulmonar³. La ecografía tiene elevada sensibilidad para caracterizar la lesión hepática, y permitió en este caso guiar la punción evacuadora del absceso. La colangiografía

nuclear (CRMN) o una colangiografía por CPRE o transparietohepática pueden ser de utilidad para evidenciar un trayecto fistuloso en los casos en que existe comunicación bilio-bronquial⁵. No hubo necesidad de realizar CPRE en nuestro paciente, ya que no presentaba ocupación litiasica de la vía biliar.

Clásicamente se ha propuesto drenaje del absceso hepático, el cual se realizaba mediante cirugía abierta en la era previa a las técnicas percutáneas, y eventual resección pulmonar, si se considera un daño pulmonar irreversible, dejando drenaje pleural y subdiafragmático^{3,6,7}. Un adecuado tratamiento antibiótico, y verificar la permeabilidad de la vía biliar son fundamentales^{2,7}. El advenimiento de las técnicas mínimamente invasivas percutáneas ha permitido resolver con menor agresión parietal la mayoría de los casos que se presentan con abscesos hepáticos, como el de nuestro paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peacock TB. Case in which hydatids were expectorated and one of suppuration of hydatid cyst of the liver communicating with the lungs. *Edinburgh Med J.* 1850;74:33-46.
2. Eryigit H, Oztas S, Urek S, Olgac G, Kurutepe M, Kutlu CA. Management of acquired bronchobiliary fistula: 3 case reports and a literature review. *J Cardiothorac Surg.* 2007;2:52.
3. Talukdar A, Mukherjee K, Khanra D, Saha M. An unusual cause of haemoptysis: A diagnostic challenge for clinicians. *BMJ Case Rep.* 2012;2012. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2012-006751>.
4. Gugenheim J, Ciardullo M, Traynor O, Bismuth H. Bronchobiliary fistulas in adults. *Ann Surg.* 1988;2012:90-4.
5. Gulamhussein M, Patrini D, Pararajasingham J, Adams B, Shukla R, Velissaris D, et al. Hepatopulmonary fistula: A life threatening complication of hydatid disease. *J Cardiothorac Surg.* 2015;10:103.
6. Das SK, Nath T, Jana CK, Kundu AK. A rare case of green color sputum: A case of hepatobronchial fistula. *Ann Trop Med Public Health.* 2012;5:618-9.
7. Corral Sánchez MA, Gómez Sanz R, Alvarado Astudillo A, Rico Selas P, Moreno González E. A rare complication of lithiasic cholecystitis. *Chest.* 1994;106:1303-4.

Martín Varela Vega*, Federico Durán, Nicolás Geribaldi, Gonzalo San Martín y Alejandro Ettlin

Servicio de Cirugía General, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martinvarelav@gmail.com

(M. Varela Vega).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2016.10.012>
0009-739X/

© 2016 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.