

Fiebre alta dos semanas después de un traumatismo hepático

Eduardo Canalejo, Carmen Carratalà, Soledad Añón y Pedro Nadal

Servicio de Medicina Interna. Fundación Hospital Manacor. Manacor. Baleares. España.

Caso clínico

Varón de 21 años que acudió al servicio de urgencias por cuadro de fiebre alta con escalofríos de 12 h de evolución, sin otros síntomas acompañantes. Dos semanas antes había sufrido un traumatismo abdominal cerrado por accidente de tráfico, presentando una colección líquida intrahepática en lóbulo derecho compatible con hematoma. Por este motivo ingresó en otro centro, donde fue tratado de modo conservador y evolucionó satisfactoriamente, siendo dado de alta a los 10 días (4 días antes del actual ingreso) asintomático y con una pequeña colección intrahepática residual. Como única complicación durante ese ingreso, desarrolló una infección estafilocócica asociada a catéter venoso central que se trató con retirada de éste y un ciclo corto de antibióticos.

En la exploración física destacaba fiebre de 39 °C y disminución del murmullo vesicular en la base pulmonar derecha. La coloración mucocutánea era normal, no se auscultaban soplos patológicos y no se palpaban adenopatías periféricas ni hepatosplenomegalia.

Los exámenes de laboratorio mostraban: leucocitosis (15.720/ μ l) y elevación de los reactantes de fase aguda (VSG, 98 mm/h) y de las enzimas hepáticas, con un patrón de colestasis disociada (AST, 57 U/l; ALT, 86 U/l; GGT, 281 U/l; FA, 792; LDH, 975 U/l; bilirrubina total normal). En la radiografía de tórax se apreciaba un pequeño derrame pleural derecho, y la tomografía computarizada (TC) abdominal demostró una colección intrahepática bien definida de 9 x 7 cm localizada en el lóbulo derecho (fig. 1). Los hemocultivos tomados al ingreso fueron positivos para *Staphylococcus aureus*.

Evolución

Se procedió al drenaje percutáneo de la colección hepática mediante punción aspirativa y colocación de catéter *pig-tail* guiado por TC (fig. 2), obteniendo líquido biliar de aspecto purulento del que se aisló posteriormente *S. aureus* en cultivo puro. Se instauró tratamiento parenteral con cloxacilina en dosis altas (12 g/día) y se mantuvo el catéter de drenaje durante 2 semanas, retirándolo tras comprobar una disminución importante del tamaño de la colección y ausencia de débito biliar a través del mismo. El paciente



Figura 1. TC abdominal que muestra una gran colección líquida postraumática en el lóbulo hepático derecho.



Figura 2. Catéter de drenaje percutáneo colocado guiado por TC. Nótese la punta del catéter en el centro del biloma.

recibió un ciclo de 4 semanas de cloxacilina por vía intravenosa y completó 2 semanas más del mismo antibiótico por vía oral. La evolución fue favorable en todo momento y pudo ser dado de alta un mes después del ingreso completamente asintomático. En una TC abdominal de control realizada a los 4 meses del alta se observaba la completa resolución del proceso hepático (fig. 3).

Diagnóstico

Biloma intrahepático postraumático infectado por *S. aureus*.

Correspondencia: Dr. E. Canalejo.
Llorenç Durán, 15 A. 07141 Marratxí. Baleares. España.
Correo electrónico: ecanalejo@jazzfree.com

Manuscrito recibido el 26-8-2003; aceptado el 29-9-2003.



Figura 3. TC abdominal de control (4 meses después del alta) que demuestra la completa resolución del biloma.

Comentario

El término “biloma” fue acuñado en 1979 por Gould y Patel¹ para describir una colección biliar encapsulada localizada fuera del árbol biliar (intrahepática o perihepática). Invariablemente, los bilomas resultan de la rotura del árbol biliar, generalmente por traumatismo o lesión quirúrgica, aunque se han descrito algunos raros casos espontáneos². La extravasación de bilis en el parénquima hepático genera una intensa reacción inflamatoria que induce la formación de una pseudocápsula bien definida. De este modo, su apariencia radiológica (TC o RM) es la de una lesión quística focal homogénea y bien delimitada, sin septos ni calcificaciones en su interior³. Los bilomas, asociados o no a fístula biliar, constituyen una complicación infrecuente de los traumatismos hepáticos (5-8%), ya sean tratados quirúrgica o conservadoramente⁴⁻⁶. La infección del biloma no es rara, aunque es un hecho poco referenciado en la literatura médica. En una serie retrospectiva de 175 hepatorrafias por traumatismo hepático, 11 pacientes (6%) desarrollaron biloma y/o fístula biliar como complicación. De ellos, nueve tuvieron un cultivo positivo del líquido biliar, siendo *S. aureus* el microorganismo aislado con mayor frecuencia (56%)⁶. En nuestro caso, es muy probable que el foco primario de

infección fuera un catéter venoso central, con bacteriemia estafilocócica y siembra metastásica de la colección biliar.

La sospecha diagnóstica debe establecerse en todo paciente que, tras traumatismo hepático o cirugía abdominal, presenta dolor en hipocondrio derecho, fiebre, leucocitosis, elevación de enzimas hepáticas o derrame pleural derecho. Generalmente, la realización de una TC abdominal es suficiente para localizar la colección y determinar su naturaleza, aunque puede ser difícil la diferenciación entre hematoma y biloma. Por ello, el diagnóstico definitivo se alcanza únicamente mediante la punción aspirativa de la colección y su posterior análisis.

El tratamiento de los bilomas tiende a ser cada vez más conservador. El drenaje externo percutáneo guiado por TC se considera hoy por hoy el tratamiento de elección⁶⁻⁸, ya que es un procedimiento eficaz, cómodo para el paciente y de baja morbilidad. Se debe asociar antibioticoterapia específica si el cultivo del líquido biliar resulta positivo. La colangiografía retrógrada endoscópica (CRE) con esfinterotomía y la colocación de *stents* intrabiliares deben reservarse para los casos en que exista una fístula biliar mantenida, con objeto de descomprimir la vía biliar y facilitar el cierre de la misma. La cirugía abierta se requiere tan sólo excepcionalmente.

Bibliografía

- Gould I, Patel A. Ultrasound detection of extrahepatic encapsulated bile: “Biloma”. *AJR Am J Roentgenol* 1979;132:1014-5.
- Fujiwara H, Yamamoto M, Takahashi M, Ishida H, Ohashi O, Onoyama H, et al. Spontaneous rupture of an intrahepatic bile duct with biloma treated by percutaneous drainage and endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol* 1998;93:2282-4.
- Mortelé KJ, Ros PR. Cystic focal liver lesions in the adult: Differential CT and MR imaging features. *Radiographics* 2001;21:895-910.
- Feliciano DV, Mattox KL, Jordán GL, Burch JM. Management of 1000 consecutive cases of hepatic trauma (1979-1984). *Ann Surg* 1986;204:438-45.
- Cogbill TH, Moore EE, Jurkovich GJ, Feliciano DV, Morris JA, Mucha P. Severe hepatic trauma: A multicenter experience with 1335 liver injuries. *J Trauma* 1988;28:1433-8.
- Howdieshell TR, Purvis J, Bates WB, Teeslink CR. Biloma and biliary fistula following hepatorrhaphy for liver trauma: Incidence, natural history, and management. *Am Surg* 1995;61:165-8.
- García Urguellés X, Uroz Tristán R, Ávila Suárez R, Alonso Jiménez L. Biloma intrahepático. Tratamiento conservador mediante drenaje externo. *Cir Pediatr* 1996;9:85-7.
- Cascales Sánchez P, Sastre A, García Picazo D, González Camuñas PI, García Blázquez E, Moreno Resina JM. Tratamiento del biloma intrahepático posquirúrgico por traumatismo hepático mediante drenaje externo percutáneo. *Gastroenterol Hepatol* 2002;25:333-6.