



### CPRE EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ROTURA DIFERIDA DE LA VESÍCULA BILIAR

**Sr. Director:** En relación con la carta al director publicada recientemente sobre lesión aislada de vesícula biliar por traumatismo abdominal cerrado<sup>1</sup>, quisiéramos destacar la utilidad de la CPRE como técnica diagnóstica en este tipo de pacientes.

Presentamos el caso de un varón de 47 años previamente sano, que tras accidente de tráfico ingresó en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con politraumatismo, afección de partes blandas y trauma ortopédico. En el momento de su ingreso presentaba insuficiencia respiratoria y abdomen doloroso a la palpación, sin ruidos hidroaéreos. En la tomografía axial computarizada (TAC) realizada se apreciaban derrame pleural bilateral, laceración esplénica con hematoma periesplénico y colección perihepática. La vesícula se visualizaba distendida con nivel líquido. Se decidió adoptar una actitud conservadora con soporte hemodinámico y respiratorio. Transcurridos 5 días se observó mayor compromiso respiratorio y se realizó una nueva TAC que demostró derrame pleural y abundante líquido en la cavidad peritoneal. Se llevaron a cabo una toraco y paracentesis con extracción de líquido de aspecto bilioso. Antes de la intervención, el servicio de cirugía nos solicitó realización de CPRE para valorar tratamiento endoscópico de posible laceración hepática o ductal con fístula biliar libre a peritoneo. Efectuamos la CPRE con el paciente intubado con ventilación mecánica y bajo la vigilancia del intensivista, observándose fuga de contraste en el lecho vesicular con integridad del colédoco y árbol biliar intrahepático. Se procedió a practicar una laparotomía que confirmó el coleperitoneo, múltiples laceraciones en la cápsula de Glisson y en la vesícula, con necrosis y estallido de ésta. Se realizó colecistectomía con buen postoperatorio posterior.

En conclusión, consideramos que la paracentesis y la TAC son las pruebas iniciales de elección en el traumatismo abdominal grave, pero la CPRE debe ser el siguiente paso en los casos en que exista alta sospecha de rotura biliar y la TAC no sea diagnóstica, permitiendo diferenciar la rotura vesicular de la laceración ductal-fístula biliar, que pueden tener un abordaje endoscópico conservador con papilotomía<sup>2,3</sup>.

J.L. CASTRO, N. VENTOSA, C. VICENTE<sup>a</sup> M.D. PÉREZ<sup>b</sup>,  
L.R. RÁBAGO y F. GEA

Servicios de Aparato Digestivo y <sup>a</sup>Medicina Interna.

<sup>b</sup>Unidad de Cuidados intensivos. Hospital Severo Ochoa. Leganés.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Arribas del Amo D, Jiménez Bernardó A, Lagunas Lostao E, Elfa Guedea M, Aguilera Diago V, Martínez Díez M. Lesión aislada de vesícula biliar por traumatismo abdominal cerrado. *Gastroenterol Hepatol* 2001;24:318.
2. Sugiyama M, Abe N, Masaki T, Mori T, Atomi Y. Endoscopic biliary stent placement for treatment of gallbladder perforation due to blunt abdominal injury. *Gastrointest Endosc* 2000;52:275-7.
3. Harrell DJ, Vitale GC, Larson GM. Selective role for endoscopic retrograde cholangiopancreatography in abdominal trauma. *Surg Endosc* 1998;12:400-4.