



Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



MESA REDONDA I

Complicaciones biliares

Complicaciones biliares. Causas y consecuencias

M. Gastaca

Hospital de Cruces, Barakaldo, Bilbao, España

Las complicaciones biliares suponen una parte importante de la morbilidad tras el trasplante hepático (TH). Su incidencia se sitúa entre el 5 y el 25% y acompañan, casi indefectiblemente, a las complicaciones arteriales. Existen además una serie de factores que, históricamente, se han relacionado con la posibilidad de desarrollar complicaciones biliares tras el TH como son: el uso de injertos parciales, su procedencia de un donante a corazón parado, la incompatibilidad ABO, la técnica de reconstrucción biliar, el uso o no de drenajes biliares, el tipo de solución de preservación, diferentes características del donante y del receptor o la infección por CMV.

Sin duda, las complicaciones biliares más frecuentes son la fuga biliar y la estenosis, generalmente anastomótica pero también intrahepática en forma de colangiopatía isquémica. No son desdeñables las complicaciones que, en la literatura, se asocian con el uso del tubo en T como fugas por el orificio de salida, extracciones accidentales y complicaciones relacionadas con la retirada programada del mismo.

Los diferentes grupos de TH han intentado disminuir la incidencia de complicaciones biliares mediante modificaciones técnicas en la reconstrucción biliar: usando puntos sueltos o sutura continua, realizando la anastomosis de manera término-terminal o latero-lateral, usando o no drenajes biliares que tutoricen la anastomosis. En este sentido, 2 metaanálisis recientemente publicados han observado una menor incidencia de estenosis con el uso del tubo en T aunque no una disminución significativa de complicaciones biliares en general. En ambos estudios se concluye que no existe evidencia clara para justificar el uso del tubo en T en la reconstrucción biliar tras TH ortotópico.

Como es bien sabido, el tratamiento de las complicaciones biliares puede ser largo y complejo. La simple apertura del tubo en T, en caso de haber sido usado, puede ser útil en los casos de fuga biliar; sin embargo, en muchas ocasio-

nes son necesarios tratamientos repetidos por vía percutánea o endoscópica o actuaciones quirúrgicas, ya sean para drenar colecciones abdominales, reconstruir anastomosis o convertir el tipo de reconstrucción biliar. En último término, algunas complicaciones biliares pueden llevar a la pérdida del injerto y la necesidad de un retrasplante.

Manejo endoscópico de las complicaciones biliares del trasplante hepático

M. Pérez-Miranda Castillo

Sección de Endoscopia Digestiva, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España

Las complicaciones biliares tras el trasplante hepático son una causa importante de morbilidad y suponen un reto diagnóstico-terapéutico de carácter multidisciplinar. Las estenosis anastomóticas son las más frecuentes. Un bajo umbral de sospecha y el recurso a la colangiorresonancia magnética permiten diagnosticar precozmente su presencia. Esta técnica no invasiva minimiza el riesgo de atribuir erróneamente alteraciones inespecíficas de la bioquímica hepática (forma frecuente pero insuficientemente reconocida de debut) a otras causas. La ecografía Doppler permite un diagnóstico de problemas vasculares concomitantes tributarios de tratamiento quirúrgico, y por lo tanto es clave para la correcta selección de los pacientes candidatos a tratamiento intervencionista.

El tratamiento conservador prolongado para las complicaciones biliares leves (p. ej., fugas) y la reintervención quirúrgica para las graves (p. ej., hepaticoyeyunostomía por estenosis anastomóticas sintomáticas) son opciones de un algoritmo terapéutico hoy día superado en la mayoría de los centros. La mayoría de las complicaciones biliares del trasplante son de causa obstructiva (estenosis, coledocolitis, fugas y disfunción del Oddi), y por lo tanto pueden abordarse con éxito mediante técnicas menos invasivas de radiología o endoscopia intervencionista.

La radiología intervencionista se desarrolló antes que la CPRE e históricamente ha tenido un papel dominante. El abordaje endoscópico, sin embargo, resulta preferible hoy día por su menor invasividad, la relativa facilidad con que permite tratar problemas concomitantes (p. ej., estenosis papilar o coledocolitiasis), la mejor capacidad para proporcionar un drenaje biliar interno sin catéteres percutáneos y una mayor garantía de seguimiento terapéutico. El tratamiento endoscópico de las fugas, litiasis y estenosis papilar no difiere del que se da en otros contextos clínicos distintos al trasplante, con una tasa de éxito superior al 95% en una sola sesión. El tratamiento endoscópico de las estenosis anastomóticas, por el contrario, requiere sesiones repetidas periódicas de dilatación y recambio de prótesis plásticas, a intervalos de 4-6 meses, durante un período de 12-14 meses. Actualmente se están evaluando nuevos esquemas terapéuticos en búsqueda de una tutorización más agresiva de las estenosis (bien mediante el uso de un mayor número de prótesis plásticas en paralelo, o bien mediante el de prótesis metálicas cubiertas implantadas temporalmente) que permitan acortar el ciclo de tratamiento y disminuir la incidencia de recidivas.

Manejo a través de radiología intervencionista de las complicaciones biliares

J.I. Bilbao, M.L. Díaz y G. Viteri

Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, España

Las complicaciones biliares tras el trasplante hepático tienen una tasa de incidencia del 10-50%, con una mortalidad del 0-19% y una tasa de retrasplante del 6-12,5%.

La etiología depende fundamentalmente de factores técnicos en las tempranas y de trombosis/estenosis de la arteria hepática u otros factores (infecciosos, inmunológicos) en las tardías.

La clínica oscila desde la ausencia de síntomas (únicamente alteraciones analíticas) a colangitis severa y fallo hepático.

Pueden dividirse en 3 categorías:

1. Estenosis biliares (3-14%)

- Anastomóticas. Debidas a factores técnicos. El manejo percutáneo se basa en la dilatación con balón de angioplastia y drenaje con *stent* temporal. La tasa de respuesta inicial es del 70-80% y la tasa de recaída (estenosis tardías) del 30-40%.
- No anastomóticas. En su etiología destaca la trombosis de la arteria hepática (hasta 50%). De gran impacto en la morbilidad y una tasa de pérdida del injerto (2 años) del 46%. Pueden ser de localización hiliar o intrahepática y a menudo son múltiples. El tratamiento percutáneo con dilatación y colocación de un drenaje temporal tiene una tasa de respuesta baja (28,6%). Son frecuentes las reintervenciones, precisándose tratamiento antibiótico por colangitis de repetición.

2. Fugas biliares (1-25%, predominantemente tempranas)
 - Anastomóticas. Debidas a factores técnicos. El manejo percutáneo está indicado en fugas leves/moderadas y se basa en la colocación de un *stent* temporal y el drenaje guiado mediante US/TC de colecciones con una tasa de éxito de hasta el 90%.
 - No anastomóticas relacionadas con tubo en T. También se relacionan con causas técnicas. El manejo percutáneo mediante colocación de un drenaje temporal está indicado cuando fracasa el manejo conservador.
 - No anastomóticas no relacionadas con tubo en T. Se relacionan con trombosis de la arteria hepática o factores técnicos. El tratamiento de elección es la colocación de un drenaje biliar temporal 4-12 semanas y el drenaje percutáneo de colecciones.

3. Otras. Dentro de este grupo se incluye el barro biliar, litiasis o moldes, con una tasa de incidencia del 5,7% y que con frecuencia se asocian a estenosis de la vía biliar. El manejo percutáneo consiste en su extracción mediante balones/cestas, el drenaje de la vía biliar y el tratamiento de estenosis asociadas.

Las complicaciones del tratamiento no van a diferir de las descritas cuando se realizan en otro contexto (hemobilia, pseudoaneurisma de la arteria hepática, fistula arterioportal, trombosis portal).

Manejo quirúrgico de las complicaciones biliares

L. Lladó

Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona, España

Las complicaciones biliares postrasplante hepático han sido desde los inicios de la historia tema de gran interés en el manejo del paciente trasplantado por su elevada incidencia y su influencia en la morbilidad y mortalidad. A pesar de los avances en la técnica y el manejo de estos pacientes, su prevención y su tratamiento siguen siendo un tema controvertido.

Dentro de las complicaciones biliares la fistula biliar es actualmente infrecuente, y su manejo es habitualmente médico. La coledocolitiasis tiene una incidencia del 5-10%, siendo el tratamiento de elección la CPRE.

Las estenosis biliares postrasplante son habitualmente clasificadas en estenosis anastomóticas y “no anastomóticas”. Las estenosis “no anastomóticas” se relacionan con factores isquémicos o inmunológicos y su tratamiento final suele ser el retrasplante. La manipulación previa para drenaje de la vía biliar puede ser necesaria en casos de sepsis no controlada; sin embargo, si es posible, siempre es preferible el retrasplante sin manipulación previa. Algunos casos aislados de estenosis “no anastomóticas” de tipo hiliar pueden ser tratados quirúrgicamente, mediante hepaticoyeyunostomía.

La estenosis anastomótica mantiene una incidencia del 10-15%. Las opciones terapéuticas incluyen el tratamiento endoscópico (CPRE), el tratamiento radiológico percutáneo (CTPH) y el tratamiento quirúrgico (hepaticoyeyunostomía).

Cada una de ellas tiene diferentes ventajas e inconvenientes. Si bien se considera que el tratamiento de elección actual es mediante CPRE, el tratamiento quirúrgico sigue teniendo un papel relevante. El manejo radiológico y/o endoscópico no está exento de morbilidad. Por otra parte, el tratamiento quirúrgico, que consiste siempre en la realización de una hepaticoyeyunostomía, es un procedimiento seguro y eficaz si es realizado por equipos con experiencia en cirugía hepática y trasplante. Por ello, en nuestra

experiencia es el tratamiento de elección, especialmente en pacientes de bajo riesgo quirúrgico, con estenosis asociada a molde biliar.

Sin embargo, siempre hay que considerar que el tratamiento de las complicaciones biliares deberá ser individualizado. Se deberá tener en cuenta el momento del diagnóstico, la función hepática, el estado general del paciente y la disponibilidad y experiencia del equipo en las diferentes opciones terapéuticas.