

Biloma por mínimo traumatismo en anciano

Gallego Moreno, J. A.; Abizanda Soler, P.; Sánchez Jurado, P. M.; León Ortiz, M.; Estrella Cazalla, J. D. y Maicas Martínez, L.

Unidad de Geriatría. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. Albacete.

RESUMEN

Presentamos el caso de una mujer de 77 años de edad sin antecedentes hepatoobiliares de interés que presenta un biloma hepático secundario a traumatismo mínimo por caída accidental desde una silla al suelo, y que se resuelve sin complicaciones mediante drenaje percutáneo. No existen casos previos descritos, siendo las causas habituales de biloma la cirugía abdominal o laparoscópica o los grandes traumatismos.

Palabras clave

Biloma. Anciano. Traumatismo.

Biloma secondary to minor traumatism in the elderly

SUMMARY

We present the case of a 77 year old woman without any previous hepatobiliary pathology who presents a hepatic biloma secondary to a minimal traumatism (fall from chair to floor), that resolves without complications with transcutaneous drainage. There are no previously described cases and the main causes of biloma are abdominal or laparoscopic surgery and important traumatisms.

Key words

Biloma. Elderly. Traumatism.

INTRODUCCIÓN

El concepto de biloma fue descrito por Gould y Patel en 1979 para hacer referencia a una colección de bilis encapsulada que se hallaba fuera del árbol biliar¹. Manson en 1993 lo define como una colección extraductal de bilis en el interior de un espacio capsular, cuya producción es secundaria a traumatismo, yatrogenia o lesión espontá-

nea del árbol biliar, que es susceptible de tratamiento médico, quirúrgico, o ambos².

La mayor parte de los casos son secundarios a traumatismos o yatrogenia, incluyendo cirugía abdominal o laparoscópica y drenaje percutáneo, y el diagnóstico suele realizarse mediante técnicas de imagen como la tomografía axial computarizada (TAC)³. Presentamos un caso de biloma en una mujer mayor, secundario a traumatismo mínimo.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Mujer, de 77 años de edad, con patología respiratoria crónica no filiada por la que se encontraba en tratamiento con broncodilatadores, no fumadora, sin criterios de bronquitis crónica ni apnea del sueño, con hiperreactividad ante infecciones respiratorias, independiente para las actividades de la vida diaria tanto básicas como instrumentales (índice de Katz A, índice de Lawton 8), situación cognitiva y afectiva normal, vivía sola con supervisión de familiares, y había trabajado en hostelería. Ingresa en la sección de Geriatría por presentar una caída fortuita desde la silla al suelo, con traumatismo en región glutea y sacro, habiendo permanecido 30 horas en el suelo sin poder levantarse, sin clara pérdida de conciencia ni traumatismo craneal u otro tipo de sintomatología.

En la exploración presentaba temperatura de 39 °C, sequedad de piel y mucosas, crepitantes en ambas bases pulmonares hasta tercio medio –estando eupneica en reposo–, y dolor leve a la palpación en hipocondrio derecho, siendo el resto de la exploración anodina.

Hemograma al ingreso: leucocitos 9.690 con fórmula: 92% neutrófilos, 2% linfocitos y 4% monocitos. Bioquímica: urea 68, GOT 76, LDH 671, CPK total 1981, MB 31. Gasometría al ingreso: PO₂ 57,8, PCO₂ 38, pH 7,43, SatO₂ 91%. Coagulación, hormonas tiroideas, y resto de parámetros bioquímicos normales. Orina: proteinuria 150 mg/dl, cetonuria 50 mg/dl y hematuria 1-5 hematíes/campo. Cultivos de sangre y orina negativos.

Correspondencia: P. Abizanda Soler. Unidad de Geriatría. Hospital Nuestra Señora del Perpetuo Socorro. C/ Seminario, s/n. 02006 Albacete. E-mail: pabizanda@hgab.insalud.es

Recibido el 22-04-02; aceptado el 28-06-02.



Figura 1. TAC abdominal con colección de contornos bien definidos en lóbulo hepático derecho compatible con biloma.

El ECG fue normal y en la Rx de tórax se observó una imagen de condensación posterobasal izquierda junto con derrame pleural. La pleurocentesis mostró un exudado de predominio polinuclear en donde el cultivo, BK y citología fueron negativos. Las Rx de columna lumbar y pelvis mostraron cambios degenerativos sin otras alteraciones.

La TAC toraco-abdominal puso de manifiesto una voluminosa hernia de hiato paraesofágica, junto a un pequeño derrame pleural bilateral. Se encontró una colección en lóbulo hepático derecho que desde los segmentos altos alcanzaba hasta el lecho vesicular y que estaba acompañada por otra en porción subhepática, cercana al Morrison. Estas colecciones presentaban contornos bien definidos con una densidad homogénea muy baja. No existían imágenes claras de litiasis (fig. 1).



Figura 2. TAC abdominal posterior a la punción percutánea, con completa resolución del biloma.

Inicialmente, ante la sospecha de neumonía adquirida en la comunidad y rabdomiolisis secundaria a caída, la paciente fue tratada con oxigenoterapia, hidratación, alcalinización de la orina, inhibidores de la bomba de protones, imipenem, analgésicos y antieméticos, siendo su evolución satisfactoria desde el punto de vista respiratorio, de la deshidratación y rabdomiolisis. Ante la persistencia de febrícula, hiporexia, deterioro funcional, dolor leve en hipocondrio derecho y mal estado general se solicitó una TAC toracoabdominal. Bajo el diagnóstico de sospecha de biloma, se contactó con el Servicio de Cirugía General y de Radiología. Se decidió la punción percutánea para drenaje de ambas colecciones, realizándose ésta sin complicaciones, resolviéndose el biloma (fig. 2). Desde ese momento la paciente evoluciona favorablemente, siendo dada de alta al quinto día en situación basal, situación que persistió al mes en revisión en consulta externa.

DISCUSIÓN

El biloma suele ser un hallazgo radiológico secundario a traumatismo abdominal o daño iatrogénico⁴ (cirugía, punción transcutánea, CPRE, etc.), aunque en la literatura se encuentran registrados casos de formación espontánea secundaria a ruptura no traumática del árbol biliar⁴⁻⁶. Su frecuencia es muy baja, Baev et al⁷ sólo registran un caso de biloma en una revisión de 700 colecistectomías laparoscópicas realizadas en su hospital de marzo de 1993 a junio de 1995. Pachter et al⁸, en un estudio sobre 404 casos de lesión hepática cerrada, sólo encuentran dos casos –0,5%–, tratados mediante drenaje percutáneo.

Tampoco son frecuentes los casos que ocurren en el paciente anciano⁹. La literatura sólo recoge un caso concreto en persona mayor¹⁰, en donde la producción del biloma fue espontánea, y asociado a la presencia de un cálculo en el conducto biliar. Entre las causas de esta falta de datos en ancianos, podríamos señalar la presencia de comorbilidad que no indica la realización de estudios invasivos, la sintomatología anodina de esta patología y la presentación atípica de las enfermedades en ancianos que pueden provocar que los bilomas pasen desapercibidos. Nuestra paciente sufrió un traumatismo mínimo –caída desde la silla al suelo–, y a la exploración solamente presentaba ligero dolor a la palpación en hipocondrio derecho atribuible a la caída, sin otra clínica biliar o hepática.

El mejor método de detección y localización de estas formaciones es la TAC, aunque suelen ser hallazgos casuales debido a su baja frecuencia y la ausencia de sintomatología que pueda orientar su diagnóstico. Una revisión realizada por Nakajima et al⁶ informa de tan sólo 11 casos previos de biloma en Japón. En estudios como el realizado por Cuff et al¹¹ el porcentaje alcanza el 2%, pero estos hallazgos se deben a cambios en la clínica del enfermo que hacen indicativa la realización de la TAC. Shigemura et al¹² señalan la utilidad de la RMN para diferenciar el biloma del hematoma hepático subagudo, pudiendo este úl-

timo reabsorberse de forma espontánea, mientras el biloma precisa drenaje percutáneo. En nuestro caso, la TAC se realizó para filiar el dolor en hipocondrio derecho, junto con la ligera elevación de GOT y LDH, así como por la evolución tórpida de la clínica. La ecografía es también útil para la detección del biloma, pero juega un papel más importante en el seguimiento del mismo, una vez ha sido detectado. La CPRE permite localizar el sitio del árbol biliar donde se ha producido la lesión causante del biloma, y, en un mismo tiempo terapéutico, tratar dicha lesión mediante la colocación de un stent intrabiliar¹³.

La mayoría de las lesiones hepáticas secundarias a traumatismos abdominales son tratadas de forma conservadora con resultados satisfactorios, incluso cuando la TAC demuestra afectación de más de tres segmentos y la presencia de hemoperitoneo². Complicaciones tardías, como la formación de biloma, pueden ser detectadas en estudios posteriores de TAC¹⁴. La localización precisa del biloma mediante estas técnicas, permite la posibilidad de drenaje percutáneo, obviando la necesidad de cirugía¹⁵, con resultados satisfactorios¹⁶. La epitelización del mismo incrementa los resultados positivos en la aspiración percutánea del biloma, aunque pueda producirse un drenaje incompleto si éste se encuentra tabicado, al haber transcurrido mucho tiempo desde su formación hasta su hallazgo. La esfinterotomía endoscópica es otra técnica a tener en cuenta en el manejo de los bilomas, si éstos se acompañan de presiones altas en el árbol biliar. En algunos casos, la colocación de una prótesis ha sido necesaria para salvar obstrucciones que se encontraban distales al punto de extravasación de la bilis⁵.

La peculiaridad de nuestro caso estriba en que no hemos encontrado ninguna referencia en la literatura de aparición de biloma a mínimo traumatismo, como aquí ocurre. Todos los casos descritos fueron secundarios a grandes traumatismos como accidentes de tráfico o heridas por arma. Como es sabido, los ancianos son susceptibles a las pequeñas caídas, muchas domésticas, con consecuencias catastróficas, no sólo por las complicaciones inmediatas sino también por las diferidas, como son la rabdomiolisis con fracaso renal, las infecciones, yatrogenia hospitalaria tras una cirugía de cadera o miedo a caer, entre otras. El biloma de nuestra paciente entraría en la categoría de complicaciones diferidas. Tras el drenaje la paciente mejoró clínicamente, quedando en situación basal sin ninguna secuela, no pudiendo predecirse el resultado final en caso de no haberse llegado al diagnóstico.

Por último, no podemos descartar que se tratara de un biloma espontáneo, aunque la ausencia de sintomatología

previa, la correlación temporal de la clínica con la caída y el drenaje y la no existencia de litiasis refuerzan nuestra opinión sobre el origen traumático. La enferma toleró sin complicaciones el tratamiento percutáneo, no siendo la edad una contraindicación para esta técnica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gould I, Patel A. Ultrasound detection of extrahepatic encapsulated bile: «Biloma». *Am J Roentgenol* 1979;132:1014-5.
2. Carrillo N, Hudson JC. Biloma. *G E N* 1991;45:140-4.
3. Becker CD, Mentha G, Terrier F. Blunt abdominal trauma in adults: role of CT in the diagnosis and management of visceral injuries. Part 1: liver and spleen. *Eur Radiol* 1998;8:553-62.
4. Ghahremani GG, Crampton AR, Bernstein JR, Caprini JA. Iatrogenic biliary tract complications: radiologic features and clinical significance. *Radiographics* 1991;11:441-56.
5. Urbain D, Muls V, Kiromera A. Non-traumatic intrahepatic rupture of biliary tree with biloma: The place of ERCP. *Gastrointest Endosc* 1992; 38:379-81.
6. Nakajima N, Taira T, Omine M, Kinjo T, Uehara T, Makiya S, Uchin J. A case of spontaneous biloma accompanied with incarcerated choledocho-lithiasis. *Nippon Geka Gakkai Zasshi* 1993;94:412-5.
7. Baev S, Pozarliev T, Todorov GT. Laparoscopic cholecystectomy: 700 consecutive cases. *Int Surg* 1995;80:296-8.
8. Pachter HL, Knudson MM, Esrig B. Status of nonoperative management of blunt hepatic injuries in 1995: A multicenter experience with 404 patients. *J Trauma* 1996;40:31-8.
9. Becker CD, Gal I, Baer H, Vock P. Blunt hepatic trauma in adults: correlation of CT injury grading with outcome. *Radiology* 1996;201:215-20.
10. Mason JC, Babbs C, Lee SH, Connolly MJ. Spontaneous biloma in an elderly patient. *Postgrad Med J* 1993 Sep;69:740-2.
11. Fujiwara H, Yamamoto M, Takahashi M, Ishida H, Ohashi O, Onoyama H, Takeyama Y, Kuroda Y. Spontaneous rupture of an intrahepatic bile duct with biloma treated by percutaneous drainage and endoscopic sphincterotomy. *Am J Gastroenterol* 1998 Nov;93:2282-4.
12. Shigemura T, Yamamoto F, Shilpkar SK, Kojima T, Yamamoto S, Pu Y. MRI differential diagnosis of intrahepatic biloma from subacute hematoma. *Abdom Imaging* 1995 May-Jun;20:211-3.
13. Cuff RF, Cogbill TH, Lambert PJ. Nonoperative management of blunt liver trauma: the value of follow-up abdominal computed tomography scans. *Am Surg* 2000 Apr;66:332-6.
14. De Backer A, Fierens H, De Schepper A, Pelckmans P, Jorens P, Vaneerdeweg W. Diagnosis and nonsurgical management of bile leak complicated by biloma after blunt liver injury: report of two cases. *Eur Radiol* 1998;8:1619-22.
15. Binmoeller KF, Katon RM, Shneidman R. Endoscopic management of postoperative biliary leaks: review of 77 cases and report of two cases with biloma formation. *Am J Gastroenterol* 1991;86:227-31.
16. Ammato C, Pastore S, Capuano N, Eliseo E, Fantini C, Bassi U, Peluso F, Cacace A. Non-surgical treatment of liver trauma. *Chir Ital* 2001; 53:181-7.