



CASO CLÍNICO

Lesión de vía biliar en trauma cerrado. Nuevas tendencias en lesiones infrecuentes



Azahara Illán Riquelme*, Carmen Zamora Amorós, Beatriz Garrido Benito e Israel Oliver García

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Marina Baixa, Villajoyosa, Alicante, España

Recibido el 31 de julio de 2016; aceptado el 30 de septiembre de 2016
Disponible en Internet el 9 de noviembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Lesión vía biliar;
Bilioperitoneo;
Prótesis biliar

Resumen

Objetivo: Reportar un caso clínico de lesión de la vía biliar intrapancreática tras traumatismo abdominal cerrado.

Caso clínico: Paciente que acude a urgencias por intenso dolor abdominal, tras sufrir traumatismo toraco-abdominal cerrado al caer de una bicicleta. Posteriormente a su ingreso desarrolló fiebre, ictericia y patrón analítico de colestasis. Se solicitó colangiografía magnética donde no se pudo valorar correctamente la vía biliar, pero se evidenció abundante líquido intraabdominal que no correspondía a sangre. Se indicó cirugía urgente ante la sospecha de lesión biliar. Se objetivó lesión de la vía biliar intrapancreática mediante colangiografía intraoperatoria y se decidió colocación de prótesis intrabiliar mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) intraoperatoria.

Conclusión: La cirugía ha sido el tratamiento convencional para la lesión de la vía biliar, pero en la actualidad la CPRE con esfinterotomía y colocación de prótesis intrabiliar es un tratamiento adecuado y resolutorio de este tipo de lesiones pudiéndose considerar como tratamiento de primera línea.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

KEYWORDS

Biliary injury;
Biliary peritonitis;
Biliary prosthesis

Biliary injury in closed trauma: New trends in unusual injury

Abstract

Aim: To report a clinical case of biliary injury intrapancreatic in closed abdominal trauma.

Clinical case: Patient who comes to the emergency room by severe abdominal pain after suffering thoraco-abdominal blunt trauma after falling from a bicycle. After his admission he developed fever, jaundice and analytical standards of cholestasis. Magnetic resonance which

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: azaharaillan86@gmail.com (A. Illán Riquelme).

failed to correctly assess the bile duct was requested but showed plenty of intra-abdominal fluid blood that did not match. Emergency surgery for suspected biliary injury was reported. Intrapaneatic injury bile duct was observed by intraoperative cholangiography and prosthesis was decided intrabiliary by intraoperative endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP).

Conclusions: Surgery has been the standard treatment for bile duct injury, but now ERCP with sphincterotomy and placement of intrabiliary prosthesis is adequate and operative treatment of these injuries and can be considered as first-line treatment.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La lesión de la vía biliar después de un traumatismo cerrado es poco frecuente, pero la lesión y la rotura de la parte intrapancreática de la vía biliar es extremadamente rara, siendo la incidencia exacta de la misma, desconocida. Por lo general se asocia a lesiones abdominales graves. La modalidad de diagnóstico a utilizar y el orden de pruebas dependen en gran medida de la estabilidad del paciente y del riesgo o sospecha de lesiones asociadas^{1,2}.

Caso clínico

Paciente varón de 51 años que sufre un traumatismo toraco-abdominal cerrado al caer de una bicicleta. Acude a urgencias con intenso dolor abdominal de predominio derecho y dificultad respiratoria. Se realiza tomografía computarizada (TC) que informa de múltiples fracturas costales, laceración hepática a nivel de segmento 7 y discreto hemoperitoneo, por lo que es ingresado en la UCI para monitorización.

A las 46 h de su ingreso desarrolla derrame pleural bilateral, precisando colocación de tubo de drenaje torácico derecho con salida de abundante contenido hemático. Posteriormente desarrolló fiebre, ictericia y patrón analítico de colestasis. Se solicitó una nueva TC y una colangiorresonancia magnética, donde no se pudo valorar correctamente la vía biliar, pero se evidenció abundante líquido intraabdominal, que no correspondía a sangre.

Se indicó cirugía urgente ante la sospecha de lesión biliar. Se objetivó lesión de la vía biliar intrapancreática, confirmando mediante colangiografía intraoperatoria (fig. 1). Se decidió colocación de prótesis mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) intraoperatoria (fig. 2) comprobándose sellado de la fuga biliar mediante inyección de contraste a través de la prótesis con balón extractor. El paciente evolucionó satisfactoriamente.

Discusión

Las áreas de la vía biliar principal que se unen a otras estructuras abdominales son las más susceptibles a las lesiones,

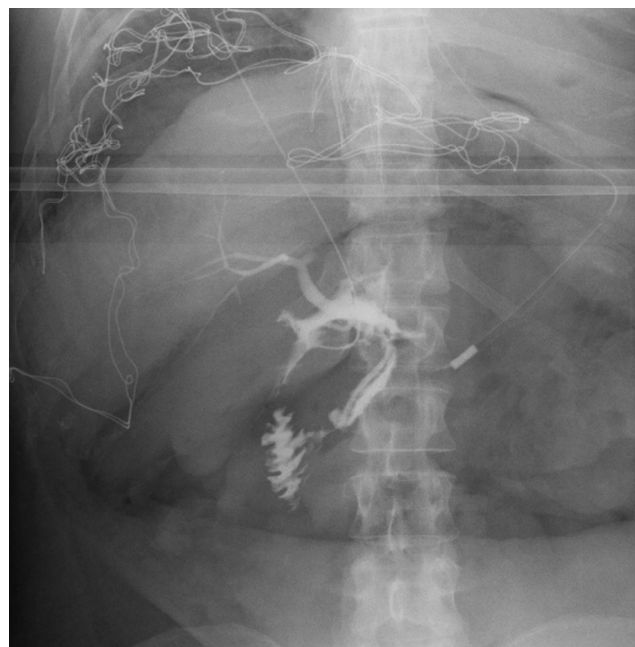


Figura 1 Imagen mediante colangiografía intraoperatoria: se evidencia fuga de contraste a nivel del colédoco distal, porción intrapancreática.

estas son la bifurcación de los conductos hepáticos, el conducto biliar intrapancreático y el origen del conducto hepático izquierdo²⁻⁴.

Existen diferentes mecanismos, aislados o combinados, que pueden producir la lesión de la vía biliar común: la compresión del sistema ductal contra la columna vertebral, un repentino aumento de la presión intraluminal en la vesícula biliar con un conducto cístico corto y un «mecanismo de cizalla» que produce la avulsión del colédoco en su parte fija en la unión con el páncreas³.

El diagnóstico de estas lesiones se puede realizar en 3 momentos diferentes: de forma precoz en pacientes sometidos a cirugía urgente por las lesiones asociadas, de forma tardía en pacientes que presentan escasos síntomas (> 50% de los casos) y debido a las complicaciones asociadas a lesiones inadvertidas en el momento del trauma².

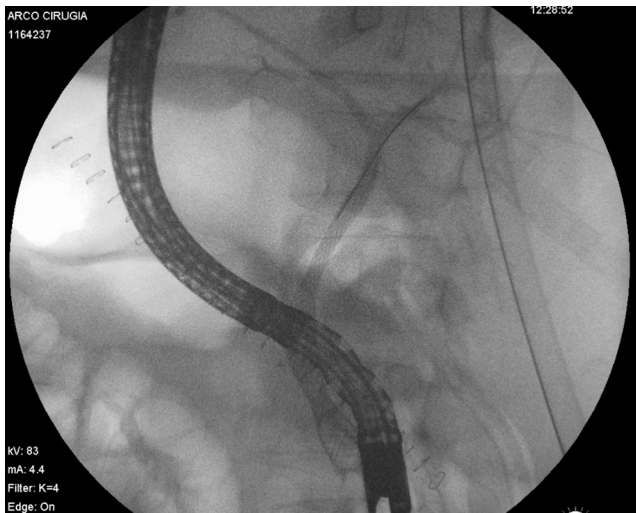


Figura 2 Imagen CPRE: inserción de prótesis metálica autoexpandible.

El diagnóstico de una lesión de la vía biliar es a menudo difícil, y exige un alto índice de sospecha. Un empeoramiento clínico no justificado, la presencia de distensión abdominal, náuseas, vómitos, íleo persistente, hiperbilirrubinemia y fiebre de bajo grado se asocian con frecuencia con una lesión de la vía biliar, pero no son específicos. La primera prueba diagnóstica debe ser una TC de abdomen y pelvis, asociando la misma a una colangiorresonancia e incluso a la CPRE.

No existe un consenso en el tratamiento quirúrgico de esta enfermedad, basándose la decisión terapéutica en el mecanismo de lesión, la localización anatómica y la extensión de la misma, la afectación de otros órganos y la experiencia del cirujano. El tratamiento quirúrgico puede incluir la reparación primaria, la utilización de prótesis o la anastomosis⁴.

En pacientes inestables o cuando la lesión implica al menos el 50% de la circunferencia del conducto principal, la inserción de un tubo de Kehr a través de un orificio diferente es una técnica rápida y eficaz^{1,4}. Cuando existe una sección completa del conducto, la hepaticostomía es la técnica de elección⁵.

En pacientes hemodinámicamente estables, el cirujano debe intentar un tratamiento quirúrgico definitivo, el cual dependerá fundamentalmente de la extensión de la lesión.

La cirugía ha sido el tratamiento convencional para la lesión de la vía biliar, pero en la actualidad la CPRE con esfinterotomía y colocación de una prótesis intrabiliar es un tratamiento adecuado y resolutorio de este tipo de lesiones, pudiéndose considerar como tratamiento de primera línea⁶.

Conclusión

En pacientes con lesión de la vía biliar y hemodinámicamente estables, la combinación de cirugía y tratamiento

endoscópico es una buena opción terapéutica. En estos casos la realización de una laparoscopia o laparotomía de forma precoz para el tratamiento de las complicaciones, asociado a la realización de colangiografía intraoperatoria para identificar el tipo de lesión de la vía biliar, pueden acompañarse de una CPRE para la colocación de una prótesis intrabiliar^{7,8}.

La morbilidad asociada a las lesiones de la vía biliar principal es aproximadamente del 10%, se han descrito fístulas biliares, biliomas, hemobilia, abscesos intrahepáticos, este-nosis y colangitis⁵. La mortalidad en estos pacientes se debe en general a las lesiones asociadas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Depolo A, Rahelic V, Uravic M. Intra-pancreatic rupture of the bile duct. *Hepatogastroenterology*. 1999;46:2616–20.
2. Ramia JM, Gutiérrez G, Garrote D, Mansilla A, Villar J, Ferron JA. Isolated extrahepatic bile duct rupture in blunt abdominal trauma. *Am J Emerg Med*. 2005;23:231–2.
3. Balzarotti R, Cimbanassi S, Chiara O, Zabbialini G, Smadja C. Isolated extrahepatic bile duct rupture: A rare consequence of blunt abdominal trauma. Case report and review of the literature. *World J Emerg Surg*. 2012;7:16.
4. Zago TM, Pereira BM, Calderan TR, Hirano ES, Fraga GP. Extra-hepatic duct injury in blunt trauma: Two case reports and a literature review. *Indian J Surg*. 2014;76:303–7.
5. Rodríguez-Montes JA, Rojo E, Martín LG. Complications following repair of extrahepatic bile duct injuries after blunt abdominal trauma. *World J Surg*. 2001;25:1313–6.
6. Singh V, Narasimhan KL, Verma GR, Singh G. Endoscopic management of traumatic hepatobiliary injuries. *J Gastroenterol Hepatol*. 2007;22:1205–9.
7. Nathan M, Gates J, Ferzoco SJ. Hepatic duct confluence injury in blunt abdominal trauma: Case report and synopsis on management. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*. 2003;13:350–2.
8. Nuzzo G, Clemente G, Cadeddu F, Mutignani M. Complete trauma disruption of the left hepatic duct: Endoscopic treatment after failure of surgical repair. *J Trauma*. 2001;51:159–61.