

BILOMA GIGANTE TRAS HEPATECTOMÍA EN PACIENTE CON CÁNCER DE COLON METASTÁSICO

GIANT BILOMA AFTER HEPATECTOMY IN A PATIENT WITH CANCER OF METASTATIC COLON

L. Díaz-Rubia¹, F.J. García-Verdejo²

¹Hospital Universitario San Cecilio. Granada.

²Hospital Santa Ana. Granada.

Resumen

Los bilomas son colecciones intraabdominales que ocurren tras resecciones hepáticas mayores aproximadamente en un 3% de los pacientes y son debidas a una fístula biliar provocada de forma iatrogénica durante la disección de los radicales biliares. Se suelen manifestar por dolor abdominal y masa palpable y el diagnóstico fundamental es mediante pruebas de imagen. Su principal complicación es la sobreinfección que cursará con fiebre elevada, dolor abdominal y elevación de reactantes de fase aguda y el tratamiento en estos casos será antibioterapia intravenosa y drenaje de la colección.

Presentamos el caso de un paciente con cáncer de colon y metástasis hepática que fue sometido a hepatectomía parcial y que, en el postoperatorio diferido, desarrolló un biloma hepático gigante que precisó tratamiento con drenaje percutáneo.

Palabras clave: biloma, hepatectomía, drenaje vía biliar.

CORRESPONDENCIA

Laura Díaz Rubia
Hospital Universitario San Cecilio
18016 Granada
laurix_dr@yahoo.es

Fecha de envío: 30/08/2019

Fecha de aceptación: 11/09/2019

Abstract

Bilomas are intra-abdominal collections that occur after major liver resections in about 3% of patients and are due to a bile fistula caused by an error during dissection of the bile radicals. They are usually manifested by abdominal pain and palpable mass and the fundamental diagnosis is by imaging tests. Its main complication is the superinfection that will occur with high fever, abdominal pain and elevation of acute phase reactants and the treatment in these cases will be intravenous antibiotic therapy and drainage of the collection.

We present the case of a patient with colon cancer and liver metastases who underwent partial hepatectomy and who developed a giant hepatic biloma in the postoperative period that required percutaneous drainage treatment.

Keywords: biloma, hepatectomy, bile duct drainage.

Introducción

La cirugía de resección hepática, ya sea mayor o menor, presenta en la actualidad una baja mortalidad (no superior al 4%) pero la morbilidad asociada a estas intervenciones quirúrgicas se sitúa en aproximadamente un 40%, siendo sus principales complicaciones las colecciones postquirúrgicas, el coleperitoneo, la formación de fístulas biliares, la estenosis biliar residual, la hemobilia y la colangitis.

Las formación de colecciones con contenido biliar, o bilomas, suponen la complicación más frecuente tras una cirugía de resección hepática^{1,2}.

A continuación, presentamos un caso ilustrativo de un paciente que, en el postoperatorio de una hepatectomía parcial por metástasis hepática única de cáncer de colon, desarrolla un biloma gigante sintomático.

Caso clínico

Varón de 46 años con antecedentes familiares de cáncer de colon (madre y abuelo materno) e historia personal de hemicolectomía derecha por adenocarcinoma de colon derecho con metástasis hepática única en segmento 4, que se trató en principio con quimioterapia y embolización portal derecha (**Figura 1**) para hipertrofiar el lóbulo hepático izquierdo y que en un segundo tiempo se intervino quirúrgicamente para realización de hepatectomía derecha ampliada, que cursó un postoperatorio inmediato sin incidencias.

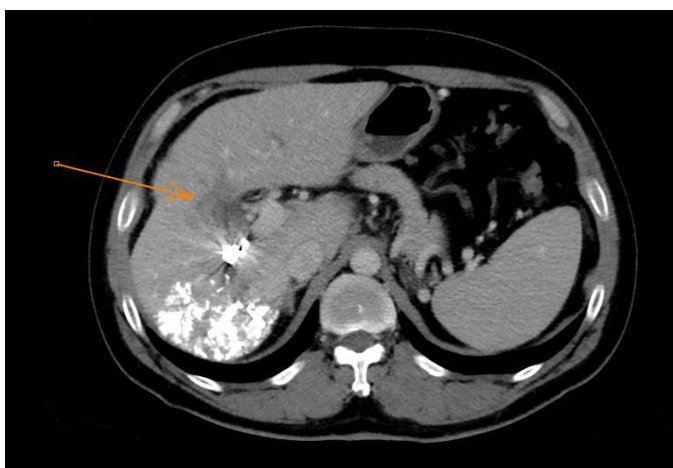


Figura 1

Imagen en axial de TC de abdomen con contraste intravenoso previo a la cirugía en la que se observa lesión hipocaptante en segmento 4 hepático (flecha) en relación con metástasis hepática y material de embolización en segmentos hepáticos derechos.



Figura 2

Imagen en axial de TC de abdomen con contraste intravenoso en el postoperatorio del paciente que muestra extensa colección hipodensa en lecho de hepatectomía que asocia realce periférico, compatible con biloma.



Figura 3

Imagen en plano coronal de TC de abdomen y pelvis con contraste intravenoso en la que se visualiza extensa colección en lecho de hepatectomía con realce periférico tras contraste y algunas burbujas aéreas en su porción craneal, que sugieren biloma con signos de sobreinfección.

A los quince días de la cirugía el paciente acudió a urgencias por intenso dolor abdominal en flanco derecho junto a masa palpable en hipocondrio derecho, malestar general y fiebre de 38,5°C.

En analítica destacó aumento de reactantes de fase aguda con neutrofilia del 78% y PCR de 122 mg/L.

Ante la sospecha clínica de complicación posquirúrgica se solicitó una tomografía computarizada (TC) de abdomen y pelvis con contraste intravenoso (**Figuras 2-4**) en la que se visualizó una extensa colección de densidad líquida en el lecho quirúrgico de hasta 16 cm de longitud con realce periférico tras la administración de contraste y algunas burbujas aéreas de pequeño tamaño en su porción más craneal; estos hallazgos eran compatibles con biloma posquirúrgico

con signos de sobreinfección (realce periférico de contraste y gas en su interior).

Tras esto el paciente ingresó en el hospital para tratamiento del biloma mediante antibioterapia intravenosa y drenaje percutáneo guiado por radioscopia que se realizó sin incidencias.

**Figura 4**

Imagen en plano sagital de biloma gigante en lecho de hepatectomía con una extensión de hasta 16 cm de longitud craneocaudal.

**Figura 5**

TC de abdomen en plano axial tras colocación de drenaje percutáneo guiado por radioscopia para tratamiento de biloma gigante postquirúrgico.

**Figura 6**

TC de abdomen de control tras la retirada del drenaje percutáneo, donde se observa importante disminución de tamaño del biloma postquirúrgico.

El paciente evolucionó favorablemente y en la TC de control se observó reducción importante de la colección (**Figuras 5 y 6**).

Discusión

El caso descrito se corresponde con una complicación frecuente descrita en la cirugía de resección hepática, como son las colecciones de contenido biliar o bilomas.

Los bilomas se producen por el acúmulo de bilis que proviene de la formación de una fuga biliar durante el acto quirúrgico al dañar algún radical biliar conformándose una fístula biliar “retenida” dentro de la colección. A pesar de ser una complicación frecuente, la formación de bilomas post-quirúrgicos ha disminuido en la actualidad debido a los avances técnicos y quirúrgicos disponibles y se pueden prevenir realizando una meticulosa disección y cierre de las fugas biliares en la superficie hepática de corte.

El biloma puede ser asintomático o dar clínica de dolor en hipocondrio derecho o sensación de masa a la exploración clínica. Cuando el biloma está infectado el paciente presentará fiebre, dolor abdominal y datos analíticos de sepsis con elevación de los reactantes de fase aguda.

El diagnóstico de esta patología se establece mediante pruebas de imagen, siendo la TC de elección, y en la que encontraremos una colección hepática hipodensa pudiendo mostrar burbujas aéreas en su interior y realce parietal tras la administración de contraste si está sobreinfectada, como ocurre en el paciente de este caso.

El tratamiento del biloma puede ser conservador con analgesia y antibioterapia empírica si no causa sintomatología al paciente ni tiene signos de infección. Cuando se sospecha complicación del mismo por infección o en caso de colecciones de gran tamaño se puede optar por drenaje bien transgástrico o percutáneo guiado por radioscopia o bien por intervención quirúrgica^{3,4}, prefiriendo la primera si el paciente está estable clínicamente y la cirugía en casos de mayor gravedad.

Una vez que tenemos la sospecha clínica de un biloma, si se realiza el diagnóstico de forma precoz y se instaura un tratamiento apropiado el pronóstico de estos pacientes suele ser favorable.

Bibliografía

1. Kalaitzakis E, Weiber H, Toth E. Hepatic subcapsular biloma complicating laparoscopic cholecystectomy. *Endoscopy* 47(S 01):E316-E317.
2. Safdar N, Said A, Lucey MR, Knechtle SJ, D'Alessandro A, Musat A, et al. Infected bilomas in liver transplant recipients: clinical features, optimal management, and risk factors for mortality. *Clin Infect Dis* 2004;39(4):517-25.

3. Ulla-Rocha JL, Lopez-Piñeiro S, Dominguez-Comesaña E. EUS-Guided Transgastric Drainage of Perihepatic Biloma After Laparoscopic Liver Metastasectomy from Colon Cancer. *J Gastrointest Cancer* 2016;47(4):468-469.

4. Zerem E, Omerović M, Zerem O. What is the optimal treatment for hepatic abscess and infected biloma? *Gastrointest Endosc* 2015;82(5):971-2.