

BILIOHEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO: COMPLICACIÓN INFRECUENTE TRAS COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA.

M. Socas-Macías, V. Camacho-Marente, I. Alarcón-Del Agua, J. Reguera-Rosal, A. Barranco-Moreno, J. Padillo-Ruiz, S. Morales-Conde

UGCCGAD. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Resumen

Presentamos el caso de un varón de 42 años, sometido a colecistectomía laparoscópica sin incidencias por cólico biliar. Presentado como complicación inmediata un bilioma subcapsular hepático, que fue manejado conservadoramente. Se detallan las características imágenes del TAC abdominal (de elección en el diagnóstico de esta patología), así como las de la colangiografía, que juega un papel importante para descartar y/o caracterizar una posible lesión asociada de la vía biliar. Su tratamiento de elección sigue siendo hoy en día controvertido, pero en nuestro caso, gracias a la indemnidad de la vía biliar, se pudo resolver de forma exitosa mediante drenajes percutáneos sucesivos.

Palabras clave: bilioma subcapsular hepático, biliohematoma, colecistectomía.

Abstract

We report the case of a 42 year-old man who underwent an uneventful laparoscopic cholecystectomy due to a biliary colic. The patient suffered a hepatic subcapsular biloma as an immediate complication, which was managed conservatively. We describe the characteristics of the images from the abdominal CT scan (technique of choice in the diagnosis of this disease) as well as those from the magnetic resonance cholangiography, which plays an important role to rule out and/or describe the features of a possible associated lesion of the bile duct. The treatment of choice remains being controversial today, but in our case, thanks to the indemnity of the bile duct, this case could be solved successfully by successive percutaneous drainage.

Key words: hepatic subcapsular biloma, biliohematoma, cholecystectomy.

Caso clínico

Presentamos el caso de un varón de 42 años, sometido a colecistectomía laparoscópica sin incidencias por colelitiasis sintomática por episodio de cólico biliar. Una semana tras la intervención acude por empeoramiento progresivo de dolor localizado en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho iniciado 72 horas tras la colecistectomía, acompañándose ahora

CORRESPONDENCIA

María Socas Macías
mariasocasmas@hotmail.com

de fiebre de 38°C. En la analítica de control no se presentan alteraciones salvo una PCR discretamente elevada de 105,8mg/l (9,81x10⁹L leucocitos, Hemoglobina de 137 gr/l, y Bi total y Directa normales). Y en la ecografía abdominal practicada al ingreso, se evidencia mínima cantidad de líquido libre abdominal inespecífico sin otras alteraciones. Ante la persistencia del dolor, se procede al ingreso del paciente para estudio, practicándose TAC abdominal 5 días más tarde, que pone de manifiesto una colección hepática subcapsular multilocular de 4 cm de espesor máximo, que disecciona el contorno hepático desde la cisura interlobar (donde se localizan los clips quirúrgicos), y que se extiende cranealmente hasta la cúpula del LHD. De atenuación muy baja (-5- +10 UH) impresionando de bilioma, en lugar de hematoma subcapsular como diagnóstico diferencial, con mínima cantidad de líquido libre en pelvis (Figura 1). Para valorar la integridad de la vía biliar, se practica colangiografía posteriormente que confirma la presencia del bilioma subcapsular hepático, y otro asociado en lecho de 9x5x6 cm, con vía biliar normal (Figura 2). Ante la estabilidad clínica del paciente se decide su manejo conservador, mediante drenaje percutáneo que confirma el diagnóstico del bilioma, con extracción entre 200 y 250 cc de bilis clara en 3 ocasiones sucesivas (ausencia de contaminación en los cultivos practicados). Tras lo cual desaparece la sintomatología de forma progresiva, encontrándose totalmente asintomático el paciente tras 6 meses del episodio, resolviéndose finalmente el cuadro sin necesidad de ninguna otra maniobra invasiva.

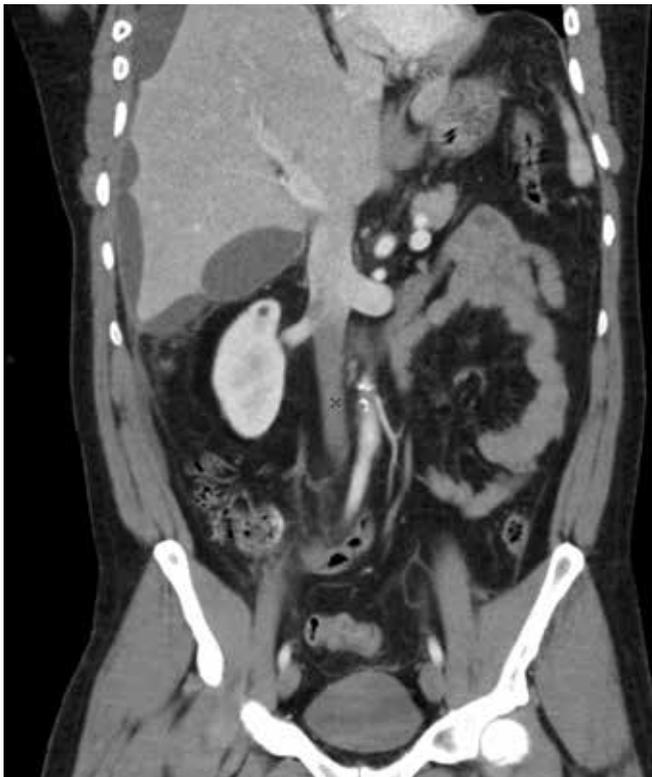


Figura 1

TAC abdomen c/c oral e iv: Colección hepática subcapsular multilocular de 4 cm de espesor máximo, que disecciona el contorno hepático desde la cisura interlobar (donde se localizan los clips quirúrgicos), y que se extiende cranealmente hasta la cúpula del LHD. De atenuación muy baja (-5- +10 UH) por lo que impresiona de bilioma, mínima cantidad de líquido libre en pelvis.

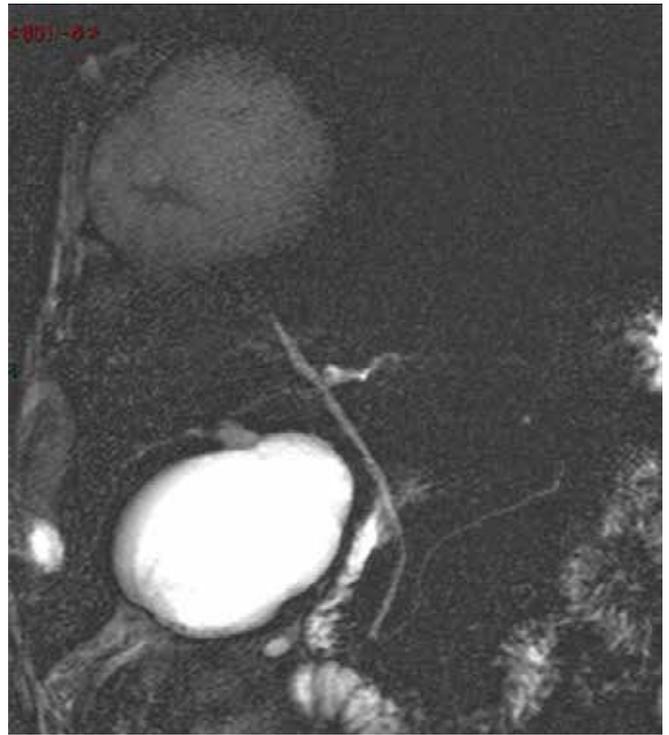


Figura 2

Colangiografía de abdomen sin contraste: Persistencia de colección ovoidea de 36 mm a nivel perihepático subdiafragmático, y colección esférica a nivel subhepático de 62 mm con septos fibrinosos, ambas encapsuladas compatibles con biliomas evolucionados. Ésta última dista 3 mm del muñón cístico, presentando vía biliar intrahepática y hepátocolédoco normales.

Discusión

Un bilioma es una colección de bilis encapsulada fuera del árbol biliar, que se debe en la mayoría de los casos a un traumatismo o a una lesión iatrogénica, y que presenta habitualmente una localización subhepática. Los biliomas postcolecistectomía son relativamente infrecuentes, con una incidencia que alcanza el 2,5%, manifestándose en la mayoría de los casos con dolor en hipocondrio derecho y fiebre a los 7 días de la intervención. Pero también pueden manifestarse con clínica de ictericia, o incluso con síntomas derivados de la compresión gástrica. Para el diagnóstico del bilioma subcapsular hepático son de elección tanto la ecografía como la TAC abdominal, jugando la colangiografía un papel importante a la hora de caracterizar la posible lesión asociada de la vía biliar principal. Su tratamiento inicial incluye la antibioterapia empírica y el drenaje percutáneo. Lo que suele resolver el cuadro en la mayoría de los casos, como ocurrió en nuestro paciente, aunque en ocasiones será necesario plantear el tratamiento de la causa subyacente. El tratamiento de elección sigue siendo controvertido por ello actualmente, ya que hay quien asocia además del drenaje percutáneo la realización de una CPRE con esfinterotomía +/- la colocación de stent plástico o un drenaje naso biliar, o una combinación de ambos procedimientos. Habiéndose demostrado todos ellos igualmente efectivos en la resolución del cuadro. Reservándose el abordaje quirúrgico únicamente en caso de lesión mayor de la vía biliar principal cuando falla el tratamiento inicial mediante drenaje percutáneo o

endoscópico. En nuestro paciente dado que los síntomas asociados (dolor y fiebre) desaparecieron tras el drenaje percutáneo inicial, y dado que la vía biliar que se mostraba indemne en las pruebas practicadas (colangiografía y bioquímica hepática), preferimos evitar la realización de una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica con esfinterotomía y colocación de stent plástico, con sus posibles riesgos asociados, practicando únicamente el drenaje percutáneo del bilioma en varias sesiones, lo que finalmente resolvió el cuadro sin incidencias asociadas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Dev V, Shah D, Gaw F, Lefor AT. Gastric outlet obstruction secondary to post cholecystectomy biloma: case report and review of the literature. *JLS*. 1998 Apr-Jun;2(2):185-8.
2. Mansour AY, Stabile BE. Extrahepatic biliary obstruction due to post-laparoscopic cholecystectomy biloma. *JLS*. 2000 Apr-Jun;4(2):167-71.
3. Mushtaque M, Farooq Mir M, Nazir P, Khan PS, Dadu V, A Dar L, A Dar R, A Khanday S. Spontaneous hepatic subcapsular biloma: Report of three cases with review of the literature. *Turk J Gastroenterol*. 2012 Jun;23(3):284-9.