

BILOMA: RESOLUCIÓN POR MÍNIMA INVASIÓN

BILOMA: RESOLUTION BY MINIMUM INVASIÓN

*Guido Parquet¹, Rosa Sánchez², Domingo Javier Aguilera M.³,
Alma Masi Miranda⁴, Celso A. Fernández⁴*

RESUMEN

El biloma es una colección de bilis externa a la vía biliar. Su origen tiene que ver con la fuga de bilis secundaria a la lesión del árbol biliar o por aumento de presión por lo general secundario a litiasis residual. Tiene síntomas inespecíficos, muchos de ellos relacionados con el efecto de compresión. Si bien la mayoría de los casos se resuelve de forma espontánea, en otros casos se impone el drenaje percutáneo como alternativa válida. Presentamos el caso clínico de un paciente masculino con antecedente de colecistectomía laparoscópica 6 meses antes de su ingreso, que desarrolló una colección hepática que provocaba síntomas digestivos compresivos. Se realizaron estudios imagenológicos y drenaje percutáneo bajo guía ecográfica. Buena evolución post procedimiento, desaparición total de la colección 3 semanas después.

Palabras Clave: biloma, colecistectomía, drenaje percutáneo.

ABSTRACT

The biloma is a collection of bile external to the bile duct. Its origin has to do with the leakage of bile secondary to injury to the biliary tree or pressure increase usually secondary to residual lithiasis. It has nonspecific symptoms, many of them related to the compression effect. Although most cases resolve spontaneously, in other cases percutaneous drainage is a valid alternative. We present the clinical case of a male patient with a history of laparoscopic cholecystectomy 6 months before admission, who developed a liver collection that caused compressive digestive symptoms. Imaging studies and percutaneous drainage were performed under ultrasound guidance. Good post procedure evolution, total disappearance of the collection 3 weeks later.

Keywords: biloma, cholecystectomy, percutaneous drainage.

INTRODUCCIÓN

Podemos describir al biloma como una colección de bilis fuera del árbol biliar, encapsulada por adhesiones en un proceso de epitelización.⁽¹⁾ Aunque inicialmente el término se introdujo para describir colecciones biliares extra hepáticas, luego se ha extendido a los de localización intrahepática.⁽²⁾

Por lo general tienden a aparecer después de una laceración en la vía biliar, secundario a traumatismo o algún tipo de iatrogenia. En ocasiones excepcionales pueden aparecer sin un factor traumático.⁽³⁾

La clínica es muy variable e inespecífica. Puede manifestarse por síntomas producidos por la compresión de estructuras vecinas como obstrucción gástrica, dolor abdominal, ictericia o fiebre. Sin embargo, ninguno de estos hallazgos sugiere en primera instancia la presencia de esta entidad.⁽⁴⁾

El diagnóstico se complementa con medios auxiliares de diagnóstico como la ecografía y la tomografía computada (TC). Sin embargo, la colangiografía retrógrada endoscópica se vuelve en un auxilio importante para evaluar el árbol biliar y detectar una posible lesión a través de la extravasación de contraste.

El cuanto al tratamiento en la actualidad existen varias posibilidades, siendo el drenaje percutáneo guiado por ecografía o TC el de primera elección. Otras opciones incluyen el cierre primario, la colocación de una prótesis endoscópica o la reparación quirúrgica mediante sutura, resección y anastomosis o colocación de un tubo en T según el caso.⁽⁵⁾

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de un paciente masculino de 66 años de edad que acudió al servicio de urgencias del Hospital Central del Instituto de Previsión Social, con historia de dolor en epigastrio tipo pesadez, sin irradiación, de moderada intensidad que cede espontáneamente, de 2 semanas de evolución. Refiere, además; plenitud post prandial precoz acompañado de náuseas con molestias inespecíficas. Como antecedente previo relevante, fue sometido a una colecistectomía laparoscópica electiva por litiasis vesicular 6 meses antes del ingreso. Al examen físico abdominal solo llamaba la atención a la palpación leve dolor en

Instituto de Previsión Social, Hospital Central; Servicio de Cirugía General. Asunción, Paraguay

1) Jefe de Servicio de Cirugía Mínimamente Invasiva

2) Cirujano de Planta, Servicio de Cirugía Mínimamente Invasiva

3) Cirujano de Planta, Servicio de Cirugía General.

4) Residentes de Cirugía General, Servicio de Cirugía General.

Autor correspondiente: Domingo Javier Aguilera Maidana - Correo electrónico: djaguile@ips.gov.py

Artículo recibido: 19.07.17 - Artículo aceptado: 23.08.18

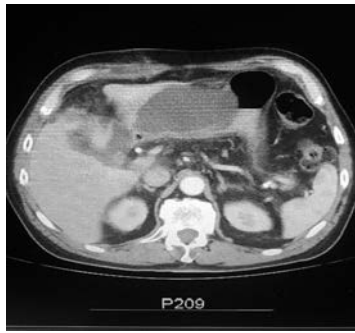


Fig. 1. TC de abdomen donde puede verse la colección que comprime la cámara gástrica

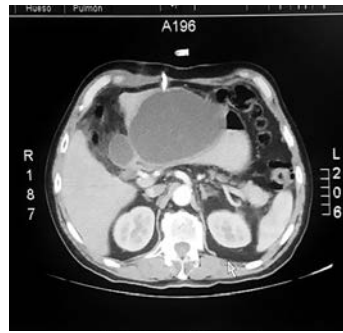


Fig. 2. TC de abdomen donde puede verse la colección y el drenaje percutáneo in situ.



Fig. 3. Imagen de fistulografía donde se observa la colección, sin fuga ni otros trayectos fistulosos

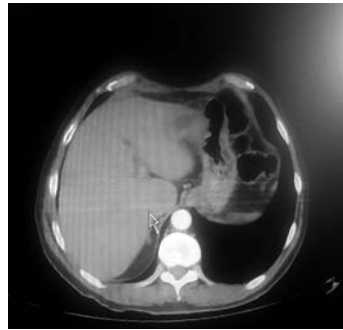


Fig. 4. Imagen de tomografía de control donde se aprecia la desaparición de la colección anterior.

epigastrio y en hipocondrio derecho. Parámetros laboratoriales en rango. A la tomografía contrastada de abdomen se objetiva presencia de imagen hipodensa redondeada de márgenes bien definidos en lóbulo izquierdo de 80 mm x 50 mm con efecto compresivo sobre la cámara gástrica. Se interpreta como biloma post quirúrgico (*Figura 1*).

Se solicita en ese contexto CRMN para descartar litiasis residual y evaluar las vías biliares. La misma no brinda resultados de valor, en base a eso se descarta realizar CPRE y seguidamente se plantea la colocación de un drenaje percutáneo bajo guía ecográfica. Se coloca catéter multipropósito pigtail Cook® de 10 Fr por método de Seldinger, con anestesia local; obteniéndose débito de 600 cc de líquido bilioso (*Figura 2*). Se envía a bacteriología para cultivo. 72 horas después se realiza fistulografía de control donde se opacifica imagen irregular en fondo de saco ciego, que mide 10 cm en relación con colección abdominal conocida. Sin fuga de contraste ni otros trayectos fistulosos (*Figura 3*).

Se indica ATB en forma empírica con la combinación ciprofloxacina 800 mg/día con metronidazol 1,5 gr/ día, parenteral por 7 días. El cultivo de la bilis fue positiva para gérmenes gram negativos sensibles al atb indicado. A los 7 días de internación el paciente presenta notable mejoría de los síntomas, se mantiene afebril, con buena tolerancia a la vía oral, examen físico sin datos de valor, con débito menor a 50 cc por día a través del catéter, perfil hepático sin alteración; ecografía de control sin imagen sugerente de colección, por lo cual se decide manejo ambulatorio del mismo con drenaje cerrado. Se programa nueva

tomografía de control a las 3 semanas del alta la cual se realiza objetivándose la desaparición casi completa de la colección que motivó la colocación del drenaje. Se retira el mismo y se indica alta quirúrgica (*Figura 4*).

Actualmente tiene un seguimiento de 1 año por consultorio sin recidiva del mismo cuadro.

DISCUSIÓN

Las complicaciones más frecuentes en el curso de una colecistectomía laparoscópica son la hemorragia, infección, colecciones abdominales, lesiones a la vía biliar y fugas biliares. En el caso de las colecciones, más del 95% se resuelven de forma espontánea, pero en ocasiones se encapsulan formando un biloma. Suele quedar limitado por el hígado, estómago y el epiplón menor. En el Paraguay no existe una estadística documentada acerca de la incidencia del bilioma, pero en la literatura internacional es una complicación infrecuentemente reportada. La valoración inicial siempre debe incluir una ecografía, para luego ir por estudios más complejos; desde una TC hasta incluso valorar una eventual CPRE según el contexto clínico del paciente. En numerosas series se ha demostrado que la TC con drenaje percutáneo, así como la punción guiada por ecografía es la opción más viable para el manejo de estos pacientes. Se constituye así en una herramienta válida para mejorar el estado clínico de estos pacientes, de forma a plantear más adelante un tratamiento resolutivo en mejores condiciones; o de lo contrario ya se constituye en el tratamiento definitivo como fue en este caso descrito.⁽⁶⁾

CONCLUSIÓN

Los biliomas son complicaciones raras en las colecistectomías electivas, cuando hacemos este diagnóstico el manejo multidisciplinario es fundamental para lograr el éxito en el tratamiento. El drenaje percutáneo es una opción válida a tener en cuenta para controlar efectivamente la sepsis inicial y resolver así la mayoría de los casos sin necesidad de otros procedimientos terapéuticos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Calderón E G, Salazar Ventura S, Monge Salgado E. Bilioma subhepático: reporte de un caso y revisión de la literatura. *Revista de Gastroenterología del Perú* 2008; 28(3): 282-5.
- 2) Miranda C, Bortolatto L, Espínola F. Drenaje percutáneo de colección subhepática post colecistectomía. *Cirugía paraguaya*, 2012; 36(2): 33-5.
- 3) Fernández IP, de Gracia MM, de Águeda Martín S. Bilioma poscolecistitis aguda. A propósito de dos casos. *Revista clínica española*, 2005 (8): 383-5.
- 4) Cañete Gómez J, Álamo Martínez JM, Muñoz Ortega A, Gómez Cabeza de Vaca V, Gutiérrez Moreno M, Bravo G, et al. Diagnóstico y tratamiento de complicaciones biliares tras traumatismo hepático. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 2008; 100(8): 515-22.
- 5) Alcívar MS, González XE, Cáceres PH, Morán DV. Bilioma poscolecistectomía. A propósito de un caso. *Medicina*, 2009; 14(2): 147-50.
- 6) Ramírez Cisneros FJ, López GJ, Osuna JA. Complicaciones de la colecistectomía laparoscópica en adultos. *Cirujano General*, 2006; 28(2): 97-102.