

FUGA BILIAR: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Fernando V. Palacios*, Simón Yriberry Ureña**

RESUMEN

Las fugas biliares son complicaciones de la colecistectomía, que dan traducción clínica en el posoperatorio temprano, siendo importante su pronto reconocimiento para un manejo adecuado. Se reporta el caso de una paciente con fuga biliar y se revisa la literatura.

SUMMARY

Biliary leaks are complication of the cholecystectomy, that give clinic manifestation in the early post-surgical state, of which quick recognition is very important for an optimal management. We describe the case of a patient with biliar leak and review the literature.

INTRODUCCIÓN

Las fugas biliares son complicaciones de la colecistectomía, cuya incidencia ha aumentado en la era laparoscópica (2,5). Generalmente se producen a través del muñón del cístico, de los conductos colecisto-hepáticos de Luschka o a través del trayecto del kehr (7). Constituyen factores de riesgo la cirugía complicada y la conversión de laparoscópica a abierta (6).

La fuga biliar se hace manifiesta usualmente a los 5-6 días del posoperatorio, con dolor, fiebre e ictericia. El diagnóstico se confirma con scan con HIDA o PCRE. (1,6)

El manejo implica a un equipo multidisciplinario, que incluye al gastroenterólogo, radiólogo intervencionista y cirujano. La mayoría de casos se resuelven con la colocación de una endoprótesis biliar o realizando una esfinterotomía endoscópica (1).

Se presenta el caso de una paciente con fuga biliar y se revisa la literatura correspondiente, con el objeto de remarcar la importancia de la sospecha clínica para diagnosticar precozmente esta entidad y poder manejarla adecuadamente.

REPORTE DEL CASO

Mujer de 34 años, natural y procedente de Lima, con antecedente de hepatitis autoinmune diagnosticada recientemente, en tratamiento con prednisona.

En esta oportunidad fue admitida por un dolor agudo en hipocondrio derecho, con hipersensibilidad correspondiente, el reporte ecográfico de litiasis vesicular con engrosamiento de sus paredes. Con el diagnóstico preoperatorio de colecistitis aguda, fue programada para una colecistectomía laparoscópica, sin embargo, por múltiples adherencias a vesícula, tuvo que convertirse a colecistectomía abierta. Se efectuó además coledocotomía y colocación de drenaje Kehr. El hallazgo operatorio fue confirmatorio para colecistitis aguda litiasica y además, cirrosis macronodular.

* Médico Residente III de Gastroenterología,

** Médico Asistente Departamento de Gastroenterología del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins.

En la segunda semana del posoperatorio, luego de una evolución inicial favorable, presenta dolor en hipocondrio derecho, náusea, vómito, acentuación de ictericia y fiebre. Se efectúa una colangiografía trans-Kehr, observando opacificación normal de las vías biliares y un adecuado pasaje de la sustancia de contraste a duodeno (fig 1).

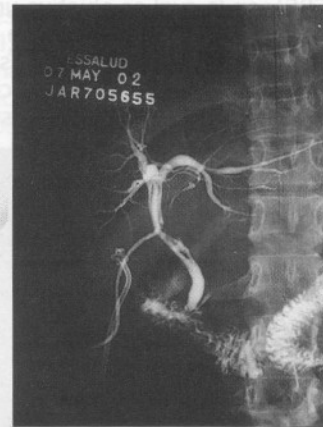


Fig 1: Colangiografía transkehr normal.

Se le realiza entonces una tomografía helicoidal de abdomen, observando una colección en lecho vesicular, que se extiende rodeando al hígado, a región subdia-

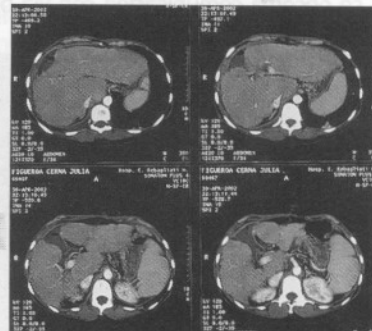


Fig 2: Tomografía helicoidal: colección en lecho vesicular que se extiende a región subdiafrágica.

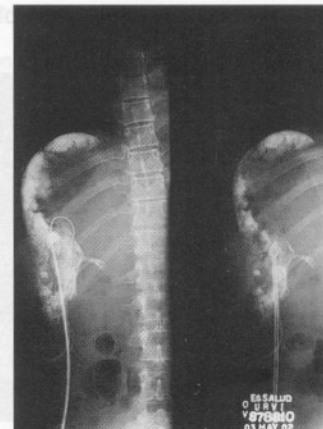


Fig 3: Punción percutánea de colección (bilis) y colocación de dren Malecot.

fragmática (fig 2). La Unidad de Radiología Vascular Intervencionista hizo una punción percutánea de la colección, obteniendo bilis, dejando un dren percutáneo tipo Malecot (fig 3).

La muestra de la punción fue remitida a microbiología, aislándose *Escherichia coli*. Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona, rotándose a meropenem por el aislamiento posterior en una nueva muestra biliar, de *Acinetobacter baumannii*, con lo que cedió la fiebre inicialmente, pero por la persistencia del dolor, náusea, vómito y drenaje biliar a través del Malecot y Kehr, se inyectó contraste hidrosoluble a través del primero, observándose comunicación del biloma con la vía biliar a través del trayecto del Kehr (fig 4). Se programó entonces la paciente a una pancreato-colangiografía retrógrada endoscópica (PCRE), en la cual se objetiva una fuga biliar a través del poro de acceso del Kehr a la vía biliar, puesta de manifiesto al inicio de la opacificación, y se colocó una endoprótesis de 8,5 french (fig 5). La evolución entonces fue favorable, con alivio de los síntomas, disminución del

drenaje a través del Malecot y casi resolución del biloma objetivada en una nueva tomografía (fig 6). A la semana se retiró el dren Malecot y a los 15 días la endoprótesis biliar.

DISCUSIÓN

Con la colecistectomía pueden producirse una serie de complicaciones, tales como cálculos retenidos en la vía biliar, síndromes pos-colecistectomía, disfunción del esfínter de Oddi, infecciones de herida, hemorragias, fugas biliares y lesiones de vías biliares. Estas dos últimas se producen con más frecuencia en la era laparoscópica (2). Según distintos trabajos, la incidencia de fugas biliares post-colecistectomía abierta está alrededor del 0,5%, mientras que post-colecistectomía laparoscópica aumenta a 1,1% (1,2).

Existen diversos factores que pueden influir en esta incidencia. Uno de ellos es la experiencia de los cirujanos y la llamada curva de aprendizaje, que ha llevado a disminución de la incidencia de fugas biliares, de 2.2% en los reportes iniciales, a 0.1-0.2% en algunos de los más recientes reportes (1,3,4,5). También influyen las dificultades durante la cirugía y sus complicaciones, viéndose por ejemplo que las fugas biliares son 5-6 veces más frecuentes en aquellos casos en los que se convierte la colecistectomía laparoscópica a abierta (6).

Es importante distinguir estas fugas biliares sintomáticas, de aquellas que no lo son, que pueden estar presentes en el 25-50% de post-operados, y que se originan por lesión de los conductos colecistohepáticos de Luschka, dando lugar a pequeñas colecciones líquidas, de resolución generalmente espontánea al cabo de una semana (6). Las fugas biliares se originan más frecuentemente en el remanente del cístico (alrededor del 75% de los casos), en los conductos de Luschka (6-17%), estando las restantes localizadas en el trayecto del Kehr, en el conducto biliar común y en la vía biliar común (7).

PATOGENIA.

La presión normal del esfínter de Oddi, es suficiente para crear un gradiente de presión transpapilar, que propende el derramamiento de bilis a través de la fuga biliar, en lugar de su drenaje a través de la papila hacia el duodeno (1).

La historia natural de las fugas biliares no está bien documentada. Se han reportado casos de resolución espontánea de las fugas biliares, tan sólo con aspiración de los bilomas formados. Esto se debería al aumento de la presión a nivel del orificio que motiva la fuga biliar, posiblemente por un fenómeno inflamatorio - cicatricial. Sin embargo, dado que la resolución espontánea de las fugas biliares es incierta, se recomienda que todos los pacientes sintomáticos reciban alguna forma de tratamiento. (1)

CLÍNICA

Generalmente el cuadro clínico se hace manifiesto en la primera semana posoperatoria, pero puede retrasarse hasta 30 días. Se debe sospechar en aquellos pacientes con drenaje biliar persistente a través drenes colocados en lecho vesicular o a través del trayecto del dren kehr. Los síntomas más frecuentes son dolor abdominal, fiebre e ictericia. Puede también presentar distensión abdominal, descarga biliar incisional. El paciente usualmente tiene neutrofilia y alteración de la bioquímica hepática. (1,6,7).

DIAGNÓSTICO.

Es fundamental la sospecha clínica, en un paciente con factores de riesgo y los síntomas y signos arriba mencionados.

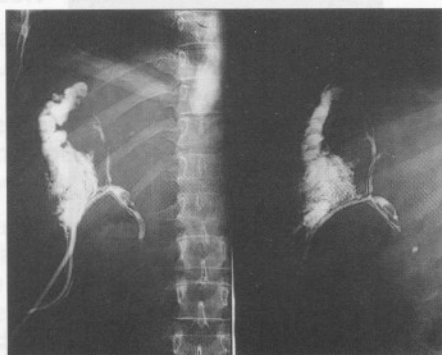


Fig 4: Inyección de contraste hidrosoluble a través de dren Malecot: se observa comunicación con vía biliar y Kehr.

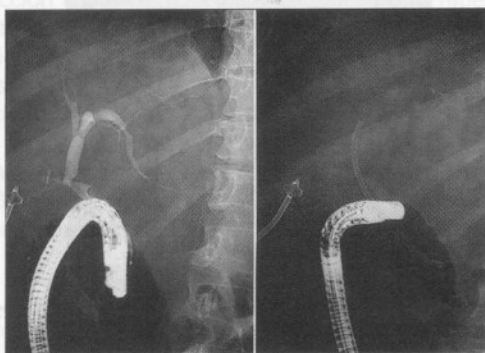


Fig 5: PCRE: fuga biliar de alto grado y colocación de endoprótesis

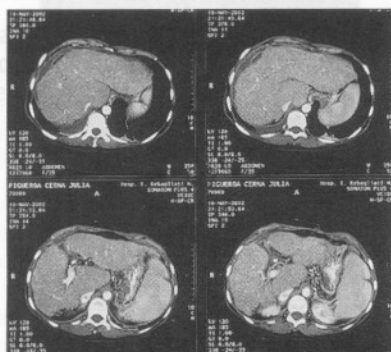


Fig 6: Tomografía helicoidal (control): resolución casi total de colección de lecho vesicular y perihepática.

La mayoría de investigadores concuerda en que una buena ecografía abdominal, sería suficiente en la gran mayoría de casos, para detectar una colección líquida, la misma que puede ser libre, loculada en lecho vesicular o perihepática. La confirmación de que la colección líquida es un biloma, se hace por una simple punción con guía ecográfica o utilizando un scan con HIDA. (1,8)

La tomografía computarizada tiene mayor sensibilidad para detectar un biloma (95%, frente al 75% reportado para la ecografía). (6)

Existen métodos más invasivos, tales como la PCRE y la colangiografía transparietohepática, que permiten localizar el sitio de la fuga biliar en el 95% de casos y además brindan la posibilidad de ofrecer un tratamiento a través de la descompresión de la vía biliar (1,7).

CLASIFICACIÓN.

No existe una clasificación universalmente aceptada para las lesiones de la vía biliar. Nos parece especialmente útil la propuesta por Strasberg, por sus implicancias en el manejo (2). Este autor clasifica las lesiones de la vía biliar en 5 tipos:

- A.- Fuga biliar a lecho vesicular, procedente del remanente del conducto cístico o de los conductos de Luschka.
- B.- Oclusión de un conducto hepático derecho aberrante sin continuidad con vía biliar.
- C.- Fuga biliar de conductos que no están en continuidad con la vía biliar común.
- D.- Fuga biliar que resulta de lesión lateral de los conductos biliares extrahepáticos.
- E.- Lesión circunferencial, oclusiva de los conductos biliares extrahepáticos.

Las fugas biliares también pueden clasificarse según el hallazgo en la colangiografía. Cuando se hacen manifiestas con la opacificación inicial del conducto biliar común, se consideran de alto grado; en cambio, cuando requieren de la opacificación completa del árbol biliar para hacerse manifiestas, se consideran de bajo grado. (7)

MANEJO.

Debe ser multidisciplinario, incluyendo a gastroenterólogos, radiólogos intervencionistas y cirujanos. En la era laparoscópica, la endoscopia biliar se ha constituido en muchos casos, en la modalidad terapéutica definitiva. El objetivo del tratamiento es descomprimir el sistema biliar, ya sea colocando una endoprótesis biliar, una sonda nasobiliar o efectuando una esfinterotomía (1). La endoprótesis biliar tiene un rol dual, creando un gradiente de presión favorable, al remover la obstrucción fisiológica a nivel del esfínter de Oddi, y además puede bloquear el sitio de fuga biliar. Actualmente se tiende sólo a colocar estas endoprótesis y no a realizar esfinterotomía, por la morbilidad temprana y tardía que esta implica. Sin embargo la esfinterotomía debe utilizarse cuando hay cálculos biliares retenidos, y podría utilizarse también cuando hay fugas biliares de bajo grado (1,7). Las sondas nasobiliares son incómodas y poco toleradas por los pacientes, pero son fácilmente colocadas, pueden ser retiradas sin endoscopia, y permiten controles colangiográficos previos a su retiro. Pueden usarse en las fugas biliares de bajo grado, las cuales se resuelven generalmente en una semana (1,10).

No hay estudios controlados que permitan sugerir el número y tamaño ideal de la endoprótesis biliar a utilizar.

Sin embargo, generalmente se utilizan endoprótesis biliares de 7 y 10 Fr, con buenos resultados. (1)

Las lesiones biliares de tipo A y D, generalmente se resuelven con la colocación de endoprótesis biliares. En las lesiones de tipo A, la endoprótesis puede ser removida en 2 semanas si el paciente está asintomático y con pruebas hepáticas normales. En las lesiones de tipo D, previo al retiro de la endoprótesis, se recomienda un control con scan HIDA a las 2 - 4 sem, para verificar que no halla fuga. De no contar con este examen, debe al cabo de ese período de tiempo, opacificarse las vías biliares y, de persistir la fuga biliar, dejar una endoprótesis por 2 - 4 sem más. Estas lesiones de tipo D, deben seguirse a largo plazo, por el riesgo potencial de convertirse en lesiones estenosantes de tipo E. (1,9)

La necesidad de drenar un biloma asociado es controversial, ya que puede predisponer a infecciones por contaminantes, habiéndose demostrado que muchas de estas colecciones se reabsorben sólo con el tratamiento de la fuga biliar. Sin embargo, los bilomas grandes, de más de 3cm de diámetro o que se extienden más allá de lecho vesicular, deben ser drenados porque es difícil su reabsorción y para mejorar las molestias del paciente. El drenaje de estas colecciones disminuye con el tratamiento de la fuga biliar, pudiendo retirarse generalmente a los 5 -7 días. (1,9)

COMENTARIO.

Nuestra paciente con fuga biliar tuvo factores de riesgo: una operación complicada que requirió la conversión de colecistectomía laparoscópica a abierta. Presentó las manifestaciones clínicas usuales. Se manejó inicialmente sólo con drenaje percutáneo del biloma, evolucionando tópidamente, complicándose con un agente infeccioso contaminante (*A. baumannii*). Al no haber resolución de la fuga biliar, se programó una PCRE, determinándose una fuga biliar, tipo D según Strasberg, colocándose una endoprótesis biliar. La evolución posterior favorable, recalca la importancia de la endoscopia biliar terapéutica, la misma que a la luz de la evidencia actual, debe hacerse de inicio al sospechar en esta entidad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mehta SN, Pavone E, Barkun JS, et al. A review of the management of post-cholecystectomy biliary leaks during the laparoscopic era. *Am J Gastroenterol* 1997; 92:1262-1267.
2. Strasberg SM, Hertl M, Soper NJ. An Analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy. *J Am Coll Surg* 1995; 180:101.
3. Morgensten L, McGrath MF, Carroll BJ, et al. Continuing hazards of the learning curve in laparoscopic cholecystectomy. *Am Surg* 1995; 61:914.
4. Richardson MC, Bell G, Fullarton GM. Incidence and nature of bile duct injuries following laparoscopic cholecystectomy: An audit of 5913 cases. *Br J Surg* 1996; 83:1356
5. Deziel DJ, Millikan KW, Economou SG, et al. Complications of laparoscopic cholecystectomy: A national survey of 4292 hospitals and an analysis of 77604 cases. *Am J Surg* 1993; 165:9.
6. Barkun AN, Rezieg M, Mehta SN, et al. Postcholecystectomy biliary leaks in the laparoscopic era: Risk factors, presentation and management. *Gastrointest Endosc* 1997; 45:277-282.
7. Bourke MJ, Elfant AB, Alhalel R, et al. Endoscopic management of post-operative bile leak in 85 patients. *Gastrointest Endosc* 1995; 41:390.
8. Bergman JJ, van den Brink GR, Rauws EA, et al. Treatment of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy. *Gut* 1996; 38:141.
9. Ryan ME, Geenen JE, Lehman GA, et al. Endoscopic intervention for biliary leaks after laparoscopic cholecystectomy: A multicenter review. *Gastrointest Endosc* 1998; 47:261-266.
10. Pencev D, Brady PG, Pinkas H. The role of ERCP in patients after laparoscopic cholecystectomy. *Am J Gastroenterol* 1998; 89:1523-1527.