

Cartas al Director

Fístula biliar tras hepatorrafia por traumatismo hepático. Posibilidad de tratamiento postural

Palabras clave: Fístula biliar. Tratamiento postural.

Key words: Biliary fistula. Postural management.

Sr. Director:

Las complicaciones biliares tras hepatorrafias como tratamiento de un traumatismo hepático representan un 5% de los pacientes en las grandes series que aporta la literatura (1), estas tienen una incidencia en torno al 18% (2,3).

La fístula biliar tras cirugía del traumatismo hepático se describe como la persistencia de drenaje bilioso tras más de dos semanas del traumatismo y con una comunicación demostrable del sistema biliar.

El tratamiento de estas fístulas es amplio, teniendo un espectro de menos o más agresivo, destacando: tratamiento conservador, tratamiento conservador asociado a tratamiento médico con somatostatina o alguno de sus análogos, escleroterapia percutánea, drenaje percutáneo, embolizaciones, drenaje nasobiliar selectivo, esfinterotomía, la utilización de endoprótesis y, por último, la cirugía.

Comentamos el caso de un varón de 39 años de edad con una fístula biliar de alto débito tras hepatorrafia por un traumatismo hepático, que fue sometido a estudio mediante pruebas de imagen, TAC y colangiografía. Se optó por tratamiento conservador postural. Se indicó al enfermo el reposo en decúbito, contralateral a la fístula. La evolución fue satisfactoria, presentando una disminución brusca del débito del drenaje de 225 cc en 24 horas y desapareciendo la fístula en 11 días. No fue necesario ningún tratamiento complementario.

Caso clínico

Varón de 39 años de edad, fumador excesivo y adicto a drogas vía parenteral en tratamiento sustitutivo con metadona, que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar herida penetrante por arma blanca en epigástrico de tres centímetros de ancho. Se objetiva evisceración de contenido epilóico. Se decide intervención quirúrgica de urgencia.

Se practica laparotomía media, objetivándose hemoperitoneo (600 ml) y herida lacerante en la cara anterior del lóbulo hepático izquierdo en el segmento II con trayecto hacia el segmento V; así como otra en la cara posterior, en el segmento VII. Se realizó hemostasia con Surgicel® y rafia con Parenchymaset®, finalizando con la colocación de dos drenajes. El enfermo permaneció en la Unidad de Cuidados Intensivos tres días. Al decimotercer día de la intervención se comprobó débito bilioso, 500 cc, por uno de los drenajes sin repercusión clínica, mediante TAC se diagnostica mínima cantidad de líquido libre con alta sospecha de fístula biliar. El débito del drenaje se mantuvo en torno a los 350-400 cc durante 15 días, en el transcurso de los cuales se realizó colangiografía que se informó como fuga biliar con árbol biliar, vesícula y Wirsung normales. Ante el diagnóstico radiológico y con la certeza de la ausencia de grandes colecciones perihepáticas, se decidió realizar tratamiento postural manteniendo al enfermo en reposo en decúbito lateral derecho. Los resultados en las primeras veinticuatro horas fueron alentadores, disminuyendo el débito biliar de 300 a 75 cc, manteniéndose en torno a 50-20 cc la siguiente semana y desapareciendo la fístula en nueve días.

Discusión

La fístula biliar es una complicación que aparece en el postoperatorio tardío, que cursa tórpidamente y con una duración variable que puede oscilar de una semana a cuatro meses (2,3). Su curación puede ser espontánea o bien necesitar de tratamientos, que no están exentos de riesgos. Es importante comenzar por tratamientos de menor a mayor agresividad. En esta progresión encuadraríamos el tratamiento postural. Este se ha utilizado en

otras patologías (4) con buenos resultados. En el caso que presentamos, existe una relación causa/efecto que nos hace pensar en la utilización de este tipo de tratamiento como paso previo a otros más invasivos o incluso como único tratamiento de esta patología si es efectivo. Este tratamiento lo hemos aplicado igualmente con éxito para tratar algún tipo de fistula biliar tras cirugía de la hidatidosis hepática (5). El no existir antecedentes en la literatura mundial pudiera deberse a nuestra falta de confianza en este tratamiento de estos pacientes y optar por tratamientos más agresivos de forma precoz.

F. López Bernal, J. L. Ferrari Márquez, J. M. Álamo Martínez,
A. Candau Pérez, C. Cruz Villalba, J. A. Guerra Bautista,
I. Durán Ferreras, D. A. Martínez Vieira, D. Legupín Tubio,
G. Suárez Artacho y R. González Resina

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Bibliografía

1. Feliciano DV, Mattox KL, Jordan GL Jr, Burch JM, Bitondo CG, Cruce PA. Management of 1000 consecutive cases of hepatic trauma (1979-1984). *Ann Surg* 1986; 204 (4): 438-45.
2. Shahrudin MD, Noori SM. Biloma and biliary fistula associated with hepatorrhaphy for liver injury. *Hepatogastroenterology* 1997; 44 (14): 519-21.
3. Howdieshell TR, Purvis J, Bates WB, Teeslink CR. Biloma and biliary fistula following hepatorrhaphy for liver trauma: incidence, natural history, and management. *Am Surg* 1995; 61 (2): 165-8.
4. Lau KY. Postural management of bronchopleural fistula. *Chest* 1988; 94 (5): 1122.
5. Sakhri J, Sabri Y, Golli L. Persistent external biliary fistula after surgery for hepatic hydatid cyst. *Bull Soc Pathol Exot* 2000; 93 (5): 311-3.