

Bilioma Subhepático: Reporte de un caso y Revisión de la Literatura

Edson Guzmán Calderón*; Sonia Salazar Ventura**; Eduardo Monge Salgado***

RESUMEN

Los biliomas son colecciones encapsuladas de bilis fuera del árbol biliar que son ocasionadas principalmente por traumatismos a este nivel, patologías comunes de la vía biliar, iatrogénicas y en algunas ocasiones sin causa aparente. Se describe un caso clínico de una paciente de 86 años con dolor abdominal en cuadrante superior derecho, fiebre e ictericia, colecistectomizada y con una coledocolitiasis, que fue sometida finalmente a una cirugía de emergencia por una peritonitis química.

PALABRAS CLAVE: Bilioma, coledocolitiasis.

Rev Gastroenterol Perú; 2008; 28: 282-285

ABSTRACT

Biliomas are encapsulated collections of bile outside the biliary tree, caused mainly by trauma to the liver or bile ducts, or by acute obstruction of them, and not infrequently without an apparent cause. We present an 86 y.o. female patient who comes to the ER with right upper quadrant abdominal pain, fever and jaundice. Gallbladder had been removed previously but she had a dilated bile duct consistent with choledocholithiasis. Surgery was performed when she developed peritonitis and a sub-hepatic bilioma was found.

KEY WORDS: Bilioma, Choledocholithiasis.

* Médico Residente. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Servicio de Gastroenterología "Dr. Meilach Burstein" Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao.

** Jefa de Servicio de Gastroenterología "Dr. Meilach Burstein" Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

*** Médico Asistente, Servicio de Gastroenterología "Dr. Meilach Burstein" Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión – Callao. Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Universidad Peruana Cayetano Heredia.

INTRODUCCIÓN

El bilioma se define como una colección encapsulada de bilis fuera del árbol biliar contenida por un proceso adhesivo de epitelización. Este término, inicialmente introducido para describir colecciones de bilis postraumáticas extrahepáticas, se ha extendido posteriormente también a las de localización intrahepática. En la mayoría de los casos se identifica algún factor traumático, como cirugía biliar o hepática, responsable de una laceración en algún punto de la vía biliar que permite la salida de bilis. Ocasionalmente se ha descrito la formación espontánea de un bilioma.¹⁻³

REPORTE DEL CASO

Se trata de una paciente de 86 años de edad, natural y procedente del Callao, con el antecedente de haber sido colecistectomizada por coledolitiasis 34 años antes, además de ser hipertensa en tratamiento irregular. La paciente acudió a la emergencia por presentar desde 11 días antes del ingreso: dolor abdominal tipo cólico en epigastrio e hipocondrio derecho, que se acompañó en los días posteriores con una sensación de alza térmica así como náuseas y vómitos. Al examen físico la paciente estaba febril, icterica, con dolor a la palpación profunda tanto en epigastrio como en hipocondrio derecho, con un signo de Murphy (+).

La ecografía abdominal que se le realizó en la emergencia concluía que había una dilatación de las vías biliares intrahepáticas y del colédoco de hasta 20mm, con un cálculo de 14 mm en el colédoco intrapancreático. A nivel de mesogastrio una imagen quística de 100 x 64 mm que impresionaba como un probable aneurisma de aorta abdominal y ausencia de líquido libre en cavidad.

Los exámenes de laboratorio mostraron: Leucocitos de 19450, abastados 1%, hemoglobina de 8,7 g/dl, plaquetas en 287000, bilirrubina total de 13,2mg/dl, bilirrubina directa de 8,8 mg/dl, fosfatasa alcalina de 1672 mg/dl, gamma glutamiltranspeptidasa (GGTP) de 269 mg/dl, tiempo de protrombina de 59,8%.

La paciente fue catalogada como una sepsis a punto de partida abdominal por una colangitis aguda y una coledocolitiasis por lo cual se le inicio el tratamiento antibiótico respectivo y se preparó para una tomografía abdominal con contraste por la posibilidad de que la masa hallada ecográficamente fuera de origen neoplásico.

La tomografía abdominal con contraste mostró una imagen de densidad quística aparentemente adherida al lóbulo izquierdo hepático, que desplazaba y comprimía al estómago (Figura 1), dilatación de las vías biliares intra y extrahepáticas, colédoco de aproximadamente 20 mm (Figuras 2 y 3), con presencia de líquido libre en cavidad abdominal. El resto de las estructuras abdominales no mostraban mayor alteración así como tampoco se apreciaba la presencia de ganglios.

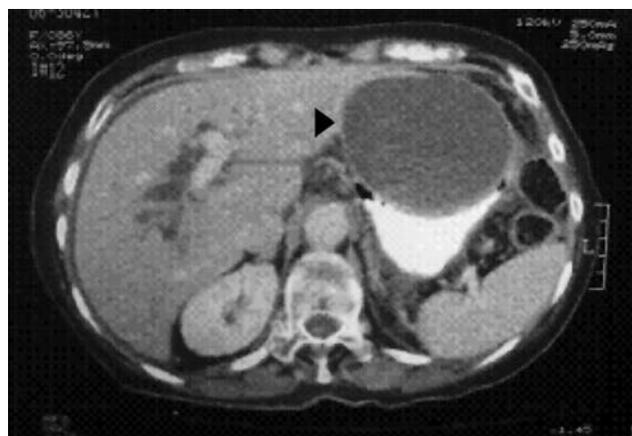


Figura 1. TAC abdominal contrastada en la que se aprecia una imagen redondeada adyacente al lóbulo izquierdo del hígado, no captadora de contraste, que desplaza al estómago en su cara posterior (flecha). Nótese así mismo la dilatación subyacente de las vías biliares intrahepáticas

Al cuarto día de hospitalización se encontraba febril y con signos peritoneales por lo que es intervenida quirúrgicamente.

La paciente ingreso a sala de operaciones con un diagnóstico de colangitis, coledocolitiasis y quiste hepático por los hallazgos tomográficos. El hallazgo intraoperatorio fue un bilioma subhepático izquierdo de aproximadamente 8 cm de diámetro, con un contenido de bilis de aproximadamente 300 cc. Se encontró cerca de 500 cc de líquido bilioso libre en la cavidad peritoneal, un colédoco dilatado de 2,5 cm con presencia de múltiples cálculos y barro biliar en su tercio distal, además de otros hallazgos como múltiples adherencias firmes periportales y epiplohepáticas. El hígado era de aspecto cirrótico y las vísceras abdominales teñidas con un tinte icterico.

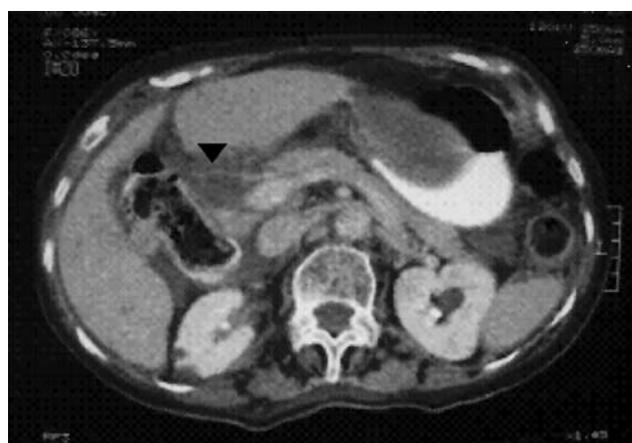


Figura 2: La TAC abdominal en un corte inferior en el cual se puede apreciar que la estructura ovoide inicial toma una forma fusiforme que desplaza al estómago. Así mismo se observa una gran dilatación del conducto colédoco (flecha)



Figura 3: Acercamiento de un corte de la TAC abdominal en la cual se observa el conducto colédoco dilatado, el resto de estructuras no muestran mayor alteración

DISCUSIÓN

Los biliomas son colecciones encapsuladas de bilis que en la gran mayoría de los casos se producen como consecuencia de un trauma hepático⁴ o a las vías biliares, es así que se han reportado casos ocurridos en pacientes después de una colecistectomía laparoscópica⁵, post colecistitis aguda⁶, por coledocolitiasis⁷⁻⁸, o como complicación de algunas neoplasias extraabdominales como el cáncer de pulmón⁹. También se ha reportado casos de bilioma espontáneo, las cuales son consideradas como idiopáticas¹⁰. Sin embargo a pesar de la gran cantidad de causas que puedan ocasionarla es una complicación rara y poco reportada. En el Perú no tenemos una estadística documentada acerca de la incidencia de esta complicación y es infrecuentemente reportada en la literatura nacional.

En estos casos se cree que una fuga subaguda de la bilis permite la formación de una pseudo cápsula por las estructuras adyacentes, delimitando la colección. Por el contrario, una fuga aguda rápida produciría una peritonitis química generalizada⁶. En nuestro caso los hallazgos pudieron ser ocasionados en primer lugar por el componente inflamatorio de las vías biliares dilatadas durante un tiempo prolongado, la cual pudo ocasionar la formación del bilioma, mientras que la peritonitis química pudo ser un cuadro agudo por la dilatación excesiva del conducto colédoco ocasionada por el gran tamaño del lito la cual ocasionó la fuga rápida de bilis.

Con respecto al cuadro clínico se conoce que los biliomas suelen aparecer tras un intervalo variable desde la agresión que generalmente es de unas 4 semanas. Los síntomas

principales son dolor en el hipocondrio derecho y fiebre, por lo que debe hacerse el diagnóstico diferencial con un absceso hepático¹¹. En nuestra paciente el cuadro agudo de dolor se presentó durante aproximadamente 2 semanas, Los síntomas presentados en este caso son los mismos que aquellos reportados en la literatura. El signo que no es constante es la ictericia, la cual depende de la causa que pueda ocasionar el componente obstructivo de las vías biliares. Con respecto al tiempo de aparición de los síntomas y el diagnóstico no se reporta un tiempo promedio con el cual se pueda comparar el presente caso.

El tamaño del bilioma encontrado en la paciente (8 x 8 cm), tiene un tamaño ligeramente inferior a los diámetros de los 2 casos registrados en la revisión de Pinilla Fernández et al., en los cuales los tamaños fueron de 9 x 7cm y 9 x 9 cm respectivamente, pero mayor a otros como el reportado por Jen Et Zeng el cual medía 4 x 2 cm. Es interesante remarcar la rareza de la presentación del presente caso con respecto a la etiología del bilioma, hablamos de múltiples litos en coledoco el mayor de ellos de aproximadamente 2,5 cm tamaño que no ha sido reportado en la literatura. Así también la edad de la paciente es la mas alta si se compara con las reportadas.

Con respecto al laboratorio se encontró un patrón coléctico francamente evidente con fosfatasa alcalina y GGTP desproporcionadamente elevadas, lo cual inicialmente hacía pensar que el cuadro clínico era de carácter netamente obstructivo por la coledocolitiasis. Con respecto a este punto la bibliografía no detalla datos al respecto ya que la etiología es diversa y no todos los casos han sido reportados como un componente obstructivo.

Dada la avanzada edad de nuestra paciente, la masa intrabdominal obligo a plantear la posibilidad de una neoplasia, este punto se diferencia de los casos reportados en la literatura. Esto se debe a la singular presentación del cuadro y la edad de la paciente. Esta sospecha de neoplasia fue parcialmente aclarada con la TAC y definitivamente descartada con la satisfactoria evolución posterior a la cirugía. La paciente no fue sometida a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) ya que el tamaño del lito en sospecha era de una tamaño mayor del que podría ser extraído por la canastilla, así como también por la mencionada sospecha de una probable neoplasia de vías biliares dada la edad de la paciente.

En conclusión, los biliomas son complicaciones raras de patologías traumáticas y obstructivas hepatobiliares. A pesar de la elevada incidencia de casos de coledocolitiasis evidenciada en nuestro medio, hemos descrito un caso de una complicación inusual de esta patología y que se debe tener en consideración como diagnóstico diferencial para otro tipo de masas dependientes del hígado y de las vías biliares.

BIBLIOGRAFÍA

1. MIDDLETON JP, WOLPER JC. Hepatic biloma complicating sickle cell disease. *Gastroenterology*. 1984; 86; 743-4.
2. FERNÁNDEZ FERNÁNDEZ L, LÓPEZ GARCÍA C, ROIG GARCÍA J, GÓMEZ PORTILLA A, PELLICER ESPLIGARES JL, TIESO HERREROS A, ET AL. Biloma extrahepático secundario a coledocolitiasis. *Rev Esp Enf Ap Digest*. 1989; 76:385-8.
3. HIRAKI A, UEOKA H, TABATA M, KIURA K, BESSHO A, YAMANE H, ET AL. Spontaneous biloma as a complication of small cell lung cancer. *Lung Cancer*. 1998;19:127-30.
4. ESENSTEIN M, RALLS P, COLLETTI P, HALLS J. Posttraumatic intrahepatic biloma: sonographic diagnosis. *AJR*. 1983;140:303-5.
5. MORGENSTERN L, BERCI G, PASTERNAK EH. Bile leakage after biliary tract surgery. A laparoscopic perspective. *Surg Endosc*. 1993;7:432-8.
6. I. PINILLA FERNÁNDEZ, M. MARTÍ DE GRACIA Y S. DE ÁGUEDA MARTÍN, Bilioma poscolecistitis aguda. A propósito de dos casos, *Rev Clin Esp* 2005; 205(8): 383 – 5.
7. JEH-EN TZENG, TAI-PING SHIH, CHIH-JEN HUANG, WILLIAM L. HO. Bilioma after laparoscopic cholecystectomy: A case report. *Chin Med J (Taipei)* 1997;60:313-5.
8. PARIKH RS, SANJANA MK, MEHTA C, MERCHANT H, PARIKH SS. Bilioma secondary to choledocholithiasis. *Ind Jour Gast* 1998; 17(1): 31-2
9. HIRAKI A, UEOKA H, TABATA M, KIURA K, BESSHO A, YAMANE H, NOGAMI N, HARADA M. Spontaneous biloma as a complication of small cell lung cancer. *Lung Cancer*. 1998 Feb;19(2):127-30
10. AKHTAR MA, BANDYOPADHYAY D, MONTGOMERY HD, MAHOMED A. Spontaneous idiopathic subcapsular biloma. *J Hepatobiliary Pancreat Surg*. 2007;14(6):579- 81
11. VÁZQUEZ JL, THORSEN MK, DODDS W, QUIROZ FA, MARTÍNEZ ML, LAWSON TL, et al. Evaluation and treatment of intraabdominal biloma. *AJR Am Roentgenol*.1985;144:933-8.