

Biliohematoma subcapsular hepático: complicación infrecuente tras colecistectomía laparoscópica

Socas Macías, M.; Camacho Marente, V.; Barranco Moreno, A.; Pérez Vega, H.; Morales-Conde, S.

Unidad de Innovación en Cirugía Mínimamente Invasiva y Cirugía Bariátrica. Unidad de Gestión Clínica de Cirugía General y Aparato digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla .

Caso clínico

Varón de 42 años, sometido a colecistectomía laparoscópica sin incidencias por cólico biliar. Una semana tras la intervención acude por dolor en epigastrio-hipocondrio derecho, acompañado de fiebre de 38°C. Analítica (incluida bioquímica hepática) sin alteraciones salvo PCR: 105,8mg/l. Ecografía abdominal con mínima cantidad de líquido libre sin otras alteraciones. Ante la persistencia del dolor, se practica TAC abdominal 3 días más tarde que evidencia la presencia de un posible bilioma o hematoma subcapsular como diagnóstico diferencial. Para confirmar el diagnóstico y valorar la indemnidad de la vía biliar, se practica colangiorensonancia que confirma el bilioma en evolución, con vía biliar normal. Ante la estabilidad clínica del paciente se decide drenaje percutáneo, con extracción 250 cc de bilis clara en 3 ocasiones sucesivas (ausencia de contaminación en cultivo), desapareciendo la sintomatología de forma progresiva, encontrándose el paciente totalmente asintomático a los 6 meses del episodio, sin necesidad de ninguna otra maniobra invasiva.

Discusión

Los biliomas postcolecistectomía son infrecuentes, con una incidencia del 2,5%. Se manifiestan normalmente con dolor en hipocondrio derecho y fiebre tras 7 días de la intervención. Pero pueden asociar ictericia, o síntomas derivados de la compresión gástrica. Para su diagnóstico son de elección la ecografía y la TAC abdominal, jugando la colangiorensonancia un papel importante para caracterizar la posible lesión asociada de la vía biliar. Su tratamiento inicial incluye antibioterapia empírica y drenaje percutáneo, que lo resuelve en la mayoría de los casos. Pero su tratamiento de elección sigue siendo controvertido, ya que hay quien asocia al drenaje percutáneo



Figura 1: TAC abdomen c/c oral e iv: Colección hepática subcapsular multilocular de 4 cm de espesor máximo, que diseca 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.

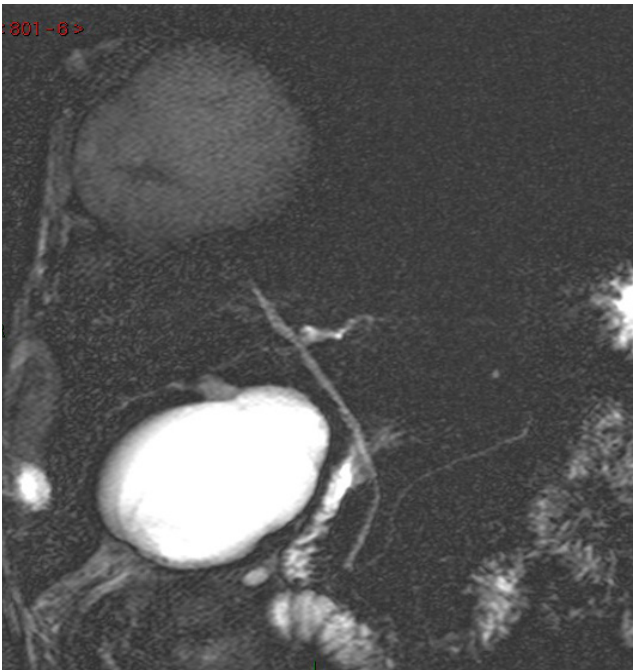


Figura 2: Colangiorensonancia de abdomen sin contraste: Persistencia de colección ovoidea de 36 mm a nivel perihépatico subdiafragmático, y colección esférica a nivel subhepático de 62 mm con septos fibrinosos, ambas encapsuladas compatibles con biliohematomas evolucionados. Ésta última dista 3 mm del muñón cístico, presentando vía biliar intrahépatica y hepátocolédoco normales.

la realización de una CPRE con esfinterotomía +/- colocación de stent plástico o drenaje naso biliar, habiéndose demostrado todos ellos igualmente efectivos en la resolución del cuadro, planteándose la cirugía únicamente en caso de lesión mayor de la vía biliar principal o cuando falla el tratamiento previo.

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.