

Caso clínico

Lesión biliar intrahepática: manejo conservador mediante drenaje externo

Fernando González-Carballeda¹, Andrés D. Nava-Carrillo²
Othón Romero-Terán², Ricardo González Carballeda¹

¹Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital Dalinde, México DF
²Servicio de Cirugía Pediátrica

Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos
ISSSTE, México DF, México

Solicitud de sobretiros: Dr. Fernando González Carballeda, Tlaxcala 177
5to. piso Col. Hipódromo Condesa. México DF, México

Resumen

Introducción: La lesión de la vía biliar después de un trauma abdominal es poco frecuente, pero es importante tener en mente que puede causar una mayor morbilidad y prolongar la estancia intrahospitalaria de los pacientes cuando no se diagnostica.

Caso clínico: Se presenta un caso de trauma abdominal cerrado, con laceración hepática y que se complico con una lesión biliar intrahepática.

Discusión: El manejo conservador mediante el drenaje percutaneo externo es una alternativa de tratamiento en pacientes con lesión biliar intrahepática.

Palabras clave: Trauma abdominal; Lesión hepática y biliar intrahepática.

Intrahepatic biliary lesion: Conservative management with external drainage

Abstract

Introduction: The injury of the biliary ducts after a blunt trauma abdominal is little frequent, but is important to have in mind that can cause a greater one morbilidad and to prolong the stay intrahospitalaria of the patient when not itself diagnostica.



Presentation case: Presented a case of blunt abdominal trauma with lesion hepatic and complicated with injury duct biliary intrahepática.

Discussion: The conservative management by means of the drainage percutaneo external is an alternative of processing in patient with injury ducts biliar intrahepatic.

Index word: Blund abdominal trauma; Injury hepatic and biliary duct intrahepática.

Introducción

El manejo conservador en el trauma abdominal cerrado sigue siendo el tratamiento de elección en ausencia de compromiso hemodinámico. Los órganos mas afectados son el hígado, bazo y riñón.

Las principales complicaciones de trauma hepático cerrado son la hemorragia y fuga biliar.

La lesión biliar intra y extrahepática secundaria a trauma hepático cerrado es rara en niños, solo se han documentado 20 casos en los últimos 25 años.¹ Presentamos un caso de trauma abdominal cerrado con laceración hepática y lesión biliar intrahepática.

Descripción del caso

Paciente masculino preescolar de tres años de edad, quien sufre trauma abdominal al ser atropellado por automóvil, se realizó laparotomía exploradora encontrándose una laceración hepática derecha y hematoma en lóbulo izquierdo, con evolución postoperatoria sin complicaciones aparentes.

Una semana después presenta hiporexia, dolor y distensión abdominal, encontrándose fiebre de 38° C grados y hepatomegalia; se le realiza USG (Fig. 1) reportándose presencia de imagen anecoica en lóbulo hepático derecho de aprox. 10 por 9.5 cm. y líquido libre en hueco pélvico, confirándose mediante TAC imagen quística intrahepática de 10x15 cm. (Fig. 2)

Los exámenes de laboratorio biometría hemática, química sanguínea, pruebas de funcionamiento hepático, Ego y tiempos de coagulación normales.

Persiste con la sintomatología por lo que se realiza nueva laparotomía exploradora encontrando 100 ml de líquido libre, hepato megalia, hígado adherido a pared abdominal, (Fig. 3) masa quística intrahepática que se drena obteniendo 750

mls. de líquido biliar reduciendo el tamaño del hígado. (Fig. 4)

Se revisa la vesícula biliar de aspecto normal, realizamos colangiografía a través de ésta encontrando vía biliar extrahepática sin alteraciones, y sección en la porción anteromedial del conducto hepático derecho con fuga de material de contraste hacia la cavidad del quiste, (Fig. 5) dejando una sonda como drenaje en la cavidad quística, se deja penrose, manejándose con ayuno, NTP, antibióticos, analgésicos y vigilancia.

Cuarenta y ocho, horas después, la sonda deja de drenar por lo que se realiza USG de control encontrando persistencia del bilioma, por lo que se retira la sonda encontrando abundante fibrina en los orificios, se recoloca nueva sonda guiada por ultrasonido, (Fig. 6) obteniendo 450 ml de material biliar, continuando manejo establecido.

A las 24 horas solo se encuentra 124 ml de drenaje, y se decide iniciar de la via oral, la cual tolera adecuadamente.

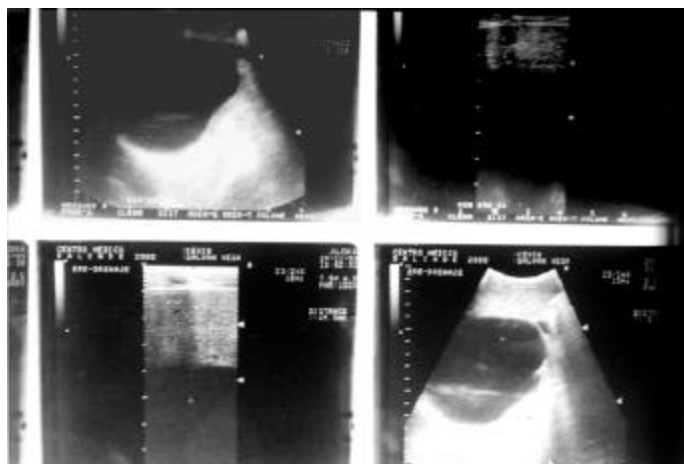


Figura 1. USG



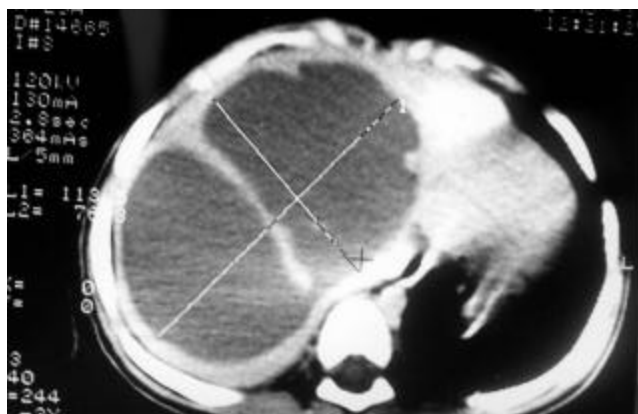


Figura 2. TAC imagen quística intrahepática

Doce días después se retira la sonda previo control de USG con remisión total de la lesión quística. Actualmente el paciente está asintomático, con dos controles de USG normales.

Discusión

La lesión de la vía biliar después de un trauma abdominal cerrado en niños es raro, Drysdale reportó una incidencia de 1 a 5%. Penn reportó de 1 a 9% y Posner y Moore en su revisión de 950 pacientes encontraron una incidencia del 3.4%.²

Las áreas más comunes lesionadas en orden de frecuencia son la vesícula, colédoco, conducto hepático común, y finalmente el conducto hepático izquierdo.^{3,4}

El cuadro clínico de esta complicación se puede manifestar como peritonitis biliar, bilioma o fístula biliocutánea. En la mayoría de las series reportan lesiones de la vía biliar extrahepática, pero afección de la vía biliar intrahepática secundaria a trauma abdominal cerrado son pocos los casos.⁵⁻⁷

Con las técnicas de imagen actuales se pueden definir con claridad el sitio anatómico lesionado, permitiendo un manejo conservador (USG, Gamagrafía, TAC y más específicamente la colangiografía).^{8,9}

La laparotomía solo se reserva en niños con lesiones asociadas, compromiso hemodinámico o trauma abdominal penetrante.

El tratamiento depende del sitio y tipo de lesión de la vía biliar, pero usualmente responde al tratamiento mediante drenaje externo con resolución espontánea en un periodo de tres semanas, pero algunas requieren varias semanas

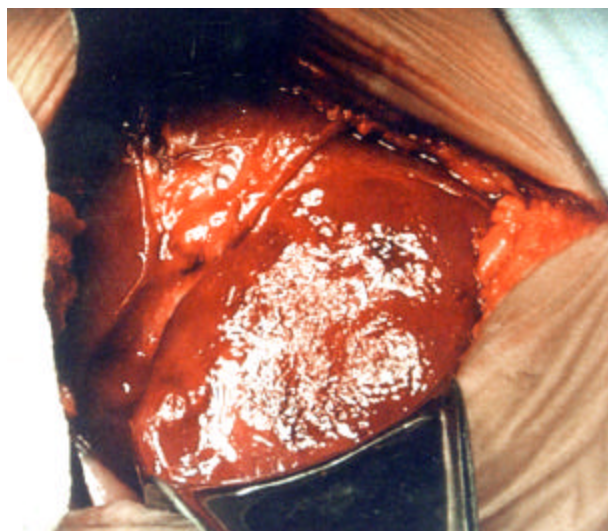


Figura 3. Hepatomegalia, hígado adherido a pared abdominal

mas para su resolución, en otros se resuelven mediante segmentectomías.^{10,11}

En este caso el paciente fue operado en otro hospital siendo referido a nuestra unidad y ante los hallazgos clínicos y de imagen se decidió la segunda laparotomía con la realización de la



Figura 4. 750 mls. de líquido biliar

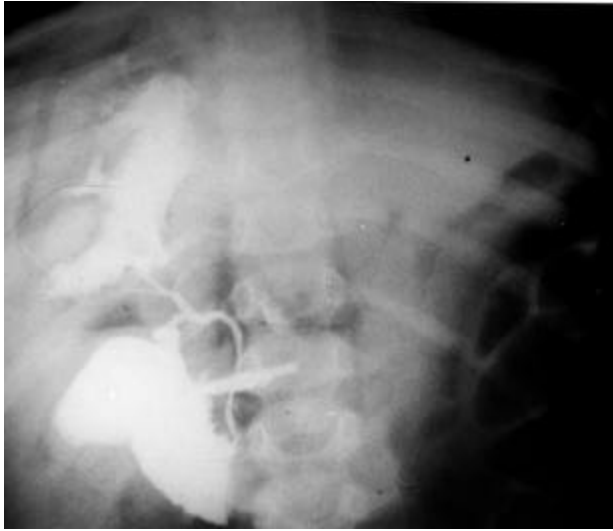


Figura 5. Fuga de material de contraste hacia la cavidad del quiste

conlangiografía dándonos el diagnóstico y la pauta para el tratamiento posterior mediante la colocación de un catéter arrow 16 fr. como drenaje externo.

Referencias

1. Roche B, Mentha G, Bugmann P, et al. Intrahepatic biliary lesions following blunt liver trauma in children—is nonoperative management or conservative operative treatment always safe? *Eur J Pediatr Surg* 1993; 3: 209-12.
2. Romero TO, Mora FJ, Torres CL, Andrade SV, Nolasco JR, Castrejón RG. Lesión hepatobiliar severa. Diagnóstico y manejo. *Rev Mex Cirugía Pediatr* 1998; 5: Enero-Mar.
3. Soliman BY, Abdullah AI, Rabea AA. An unusual bile duct injury in Child after blunt abdominal trauma. *J Pediatr Surg* 1999; 24: 1161-3.
4. Ivatury RR, Rohman M, Hellathambi M, et al: The morbidity of injuries of the extra-hepatic system. *J Trauma* 1985; 25: 967-73.
5. Charters AC, Bardin J: Intrahepatic bile duct rupture. Following blunt abdominal trauma. *Arch Surg* 1978; 113: 873-6.
6. Noone RB, Mackie JA, Stoner R: Liver and bile duct laceration from blunt abdominal trauma in children. *Ann Surg* 1967; 166: 824-8.
7. Hollands MJ, Little JM: The role of hepatic resection in the management of blunt liver trauma. *World J Surg* 1990; 14: 478-82.
8. Oldham KT, Guide KS, Rychmann F, Kaufmann RA: Blunt liver injury in childhood: Evolution of therapy and current perspective. *J Pediatr Surg* 1986; 100: 542-9.
9. Vock P, Kehrer B, Tschaeppeler H: Blunt liver trauma in children. The role of computed tomography in diagnosis and treatment. *J Pediatr Surg* 1986; 21: 413-8.
10. Sharif K, Pimpalwar AP, John P, Johnson K, Donnell S, De Ville De Goyet J: Benefits of early diagnosis and preemptive treatment of biliary tract complications after major blunt liver trauma in children. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 1287-92.
11. Sharpe RP, Nance ML, Stafford PW: Nonoperative management of blunt extrahepatic biliary duct transection in the pediatric patient: case report and review of the literature. *J Pediatr Surg* 2002; 37: 1612-6.

