

Tratamiento mini-invasivo de una lesión hepática pos-traumatismo cerrado de abdomen

Pablo Acquafresca, Mariano Palermo, Eduardo Houghton, Caetano Finger, Mariano Giménez

Fundación DAICIM. Docencia, Asistencia e Investigación en Cirugía Invasiva Mínima. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2016;46:220-223

Recibido: 28/07/2015 / Aprobado: 14/03/2016 / Publicado en www.actagastro.org el 03/10/2016

Resumen

La bilirragia post-trauma hepático representa un problema complejo que requiere un manejo multidisciplinario. Es necesario para su tratamiento mínimamente invasivo el conocimiento de las técnicas combinadas endoscópicas, percutáneas y laparoscópicas. **Objetivo.** Reportar el caso de una bilirragia post-trauma cerrado de abdomen tratada completamente con técnicas mínimamente invasivas. **Caso clínico.** Paciente de 38 años, de sexo masculino, que luego de sufrir un trauma cerrado de abdomen con requerimiento de laparotomía y raña hepática por laceración del parénquima, evoluciona con dolor y distensión abdominal. Los estudios complementarios detectan una gran colección hepática subcapsular con elevación de la fosfatasa alcalina. Con el uso de técnicas mínimamente invasivas (drenaje percutáneo y papilotomía endoscópica) se realiza el diagnóstico y el tratamiento de la patología. **Resultados.** Mediante técnicas de imagen se realiza una punción que confirma el diagnóstico de biloma, por lo que se procede al drenaje percutáneo del mismo y posteriormente, ante la persistencia de la bilirragia, se realiza una papilotomía y la colocación de un stent endoscópico que permite agotar la fistula y alcanzar el tratamiento exitoso de la bilirragia. **Conclusiones.** Ante una colección subcapsular hepática luego de un trauma cerrado de abdomen la primera sospecha deberá orientarse hacia la presencia de un hematoma. Descartado el mismo se deberá tener presente la posibilidad de un biloma como forma de presentación de una bilirragia para su rápido diagnóstico y tratamiento. El mismo podrá realizarse en forma mínimamente invasiva, valiéndonos de herramientas como la endoscopia y el tratamiento percutáneo combinado con métodos de diagnóstico por imagen.

Correspondencia: Mariano E Giménez
Arenales 1640 Piso 1° A. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Correo electrónico: marianoegimenez@gmail.com

Palabras claves. Trauma cerrado, lesión hepática, tratamiento mini-invasivo.

Minimally invasive treatment of liver injury after abdominal blunt trauma

Summary

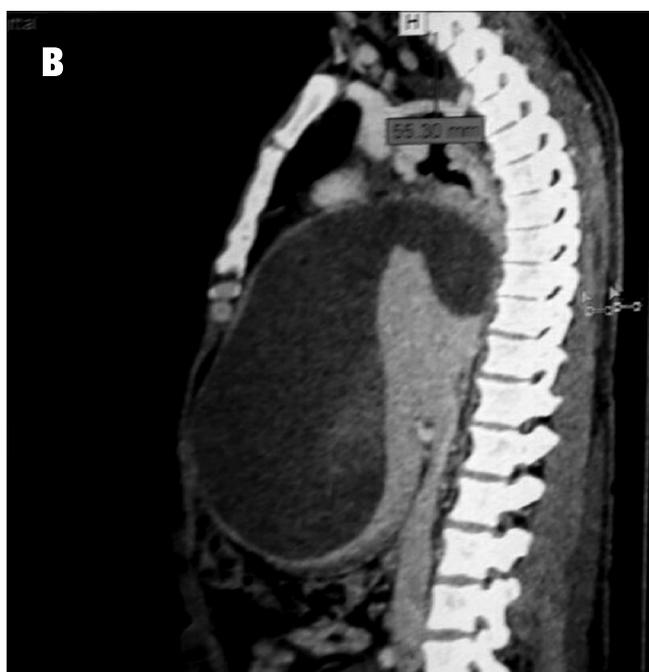
The bile leak after liver trauma represent a complex problem, being necessary the multidisciplinary treatment. In order to achieve a minimally invasive treatment it is necessary to control endoscopic, percutaneous and laparoscopic technics. **Objective.** To report a case of bile leak after liver trauma which has been treated in a minimally invasive way. **Materials and methods.** 38 years old male after suffering a liver trauma and requiring laparotomy in order to perform a hemostatic liver suture, presents distention and abdominal pain. Complementary studies detect a big subcapsular liver collection and an increase of alkaline phosphatase. Using minimally invasive techniques (percutaneous drainage and endoscopic papillotomy) the diagnosis and treatment of pathology is performed. **Results.** By using imaging techniques, a puncture is performed which confirms the diagnosis of biloma. Therefore a percutaneous drainage of the biloma is performed and after a persistence of the bile leak it is also performed an endoscopic papillotomy with stent placement which allows to deplete the fistula and achieve a successful treatment. **Conclusions.** When a subcapsular liver collection appear safter a liver trauma, the first suspicion must be a liver hematoma. If this diagnosis is discarded, the possibility of a biloma must be always in mind as a way of presentation of a bile leak in order to achieve a rapid diagnosis and treatment. The latter can be performed in a minimally invasive way by using tools like endoscopy and percutaneous treatment.

Key words. Blunt trauma, liver injury, minimally invasive treatment.

Caso clínico

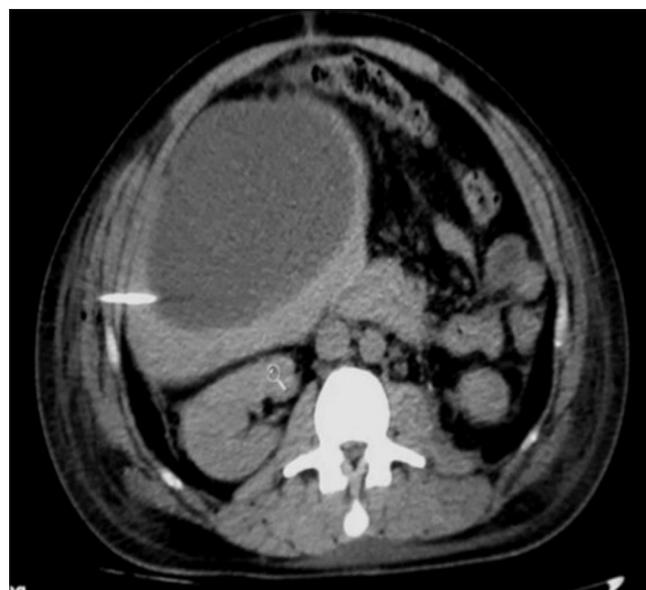
Paciente de sexo masculino de 38 años de edad sin antecedentes clínicos de importancia que ingresa por un trauma abdominal cerrado debido a un accidente de tránsito ocurrido 15 días antes de la consulta actual.

Figura 1. A y B. Imágenes de la tomografía computada donde se observa una colección hepática subcapsular con desplazamiento de las estructuras vecinas y la elevación del hemidiafragma derecho.



En su primera internación el paciente ingresa en estado de *shock*, con deterioro del sensorio, por lo que es llevado a quirófano donde se le realiza una laparotomía exploradora en la cual efectúan una rafia hepática y la colocación de un tubo de avenamiento pleural derecho por hemo-neumotórax. Una vez estabilizado el paciente ingresa derivado a nuestra institución por presentar dolor y distensión abdominal. A su ingreso se presenta compensado hemodinámicamente, sin signos de hipovolemia. Se solicita en primera instancia un laboratorio, el cual informa fosfatasa alcalina (580 U/L), hematocrito (28%) y el resto del laboratorio sin particularidades. Se decide realizar una tomografía computada abdominal en la cual se observa una gran colección hepática de localización subcapsular (Figuras 1 A y B). Dado el cuadro clínico (estable el hematocrito y el estado hemodinámico del paciente), se presenta el diagnóstico diferencial entre hematoma subcapsular y biloma, por lo que se decide para constatar la etiología realizar una punción con aguja fina guiada por tomografía (Figura 2).

Figura 2. Punción con aguja fina guiada por tomografía: nótese cómo el ingreso de la aguja se realiza a través del hígado sano para prevenir la ruptura de un posible hematoma subcapsular.



Resolución del caso

Se constata un débito bilioso por lo que se decide la colocación de dos drenajes percutáneos multipropósitos de 8 french con fijación tipo "pig tail", anterior y poste-

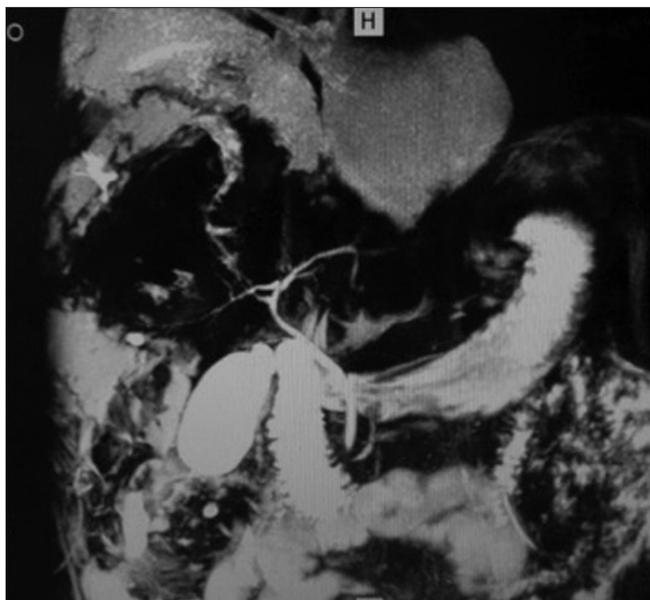
rior (Figura 3). Se solicita una colangiografía para determinar el sitio de la bilirragia, en la cual se visualiza una fuga a nivel del conducto biliar del segmento VII que alimenta la colección (Figura 4).

Por persistencia de la bilirragia a través de los drenajes percutáneos se solicita una colangiografía pancreática retró-

Figura 3. Drenajes percutáneos multipropósitos colocados en los puntos con más declives de la colección.



Figura 4. Colangiografía magnética que demuestra el sitio de fuga a nivel del segmento VII.



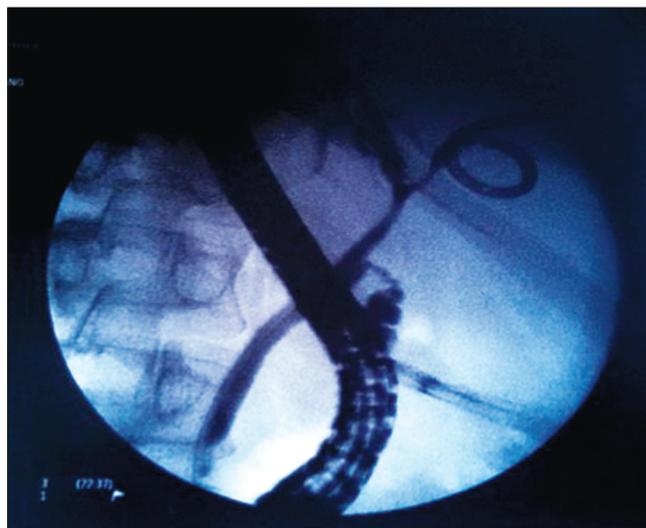
grada endoscópica (CPRE). La misma constata el sitio de la fuga a nivel del segmento VII, y se decide realizar descompresión de la vía biliar mediante una papilotomía y la colocación de un *stent* plástico de 10 french x 10 cm (Figura 5).

Podría considerarse la posibilidad de colocar un *stent* biliar plástico sin la realización de una papilotomía previa, lo cual evitaría el riesgo de la morbilidad asociada a la misma (pancreatitis, perforación duodenal) y mantendría el paciente una papila indemne una vez superado el cuadro, pero dada la magnitud de la fuga biliar se optó por la papilotomía más la colocación del *stent* para permitir un drenaje y la descompresión óptima de la vía biliar, realizando a su vez una papilotomía mínima para evitar el riesgo de migración del *stent*.

Acto seguido el débito disminuye en forma progresiva hasta finalmente agotarse. Posteriormente se programa la extracción endoscópica del *stent* y se retiran los drenajes ofrecidos al biloma.

La bilirragia post-trauma hepático representa un problema complejo, requiriendo manejo multidisciplinario. Se revisa en la bibliografía la experiencia en el manejo endoscópico de la bilirragia post-traumática. En un estudio retrospectivo entre todos los pacientes que sufrieron un trauma hepático y se les realizó una CPRE se constató un total de 26 pacientes que recibieron tratamiento endoscópico debido a la presencia de una fístula biliar post-traumática.¹ El 54% correspondieron a un trauma cerrado. En el 100% se realizó CPRE con esfinterotomía más la coloca-

Figura 5. CPRE que constata el sitio de fuga, y además de ser diagnóstica, permite la terapéutica de la bilirragia mediante la realización de la papilotomía y la colocación de un *stent* plástico.



ción de un *stent*. A todos los pacientes eventualmente se les retiró luego el *stent*, con resolución de la bilirragia.^{1,3}

La CPRE es una técnica útil tanto diagnóstica como terapéutica para el tratamiento de la lesión biliar luego del trauma hepático severo y debería incluirse dentro del algoritmo multidisciplinario.^{2,3} Cuando el trauma se asocia a la presencia de un biloma sintomático, es mandatorio el drenaje del mismo, el cual puede realizarse en forma percutánea guiada por imágenes.

Por lo tanto, concluimos que ante una colección subcapsular hepática luego de un trauma la primera sospecha deberá orientarse hacia la presencia de un hematoma. De persistir estable el hematocrito y el estado hemodinámico del paciente, se deberá tener presente la posibilidad de encontrarnos ante un biloma. Un dato adicional que puede ayudar al diagnóstico diferencial es la radiodensidad que presenta la colección en la tomografía, ya que desde el punto de vista imagenológico un biloma se ve como una colección hipodensa de no más de 12 U.H, mientras que un hematoma subcapsular suele presentar un densidad de partes blandas (entre 50 y 60 U.H.).

Esta forma de presentación de las bilirragias post-traumáticas debe ser tenida en cuenta para su rápido diagnóstico y tratamiento, el cual podrá realizarse en forma mínimamente invasiva, valiéndonos del drenaje percutáneo de la colección y la posterior descompresión de la vía biliar mediante una papilotomía endoscópica y la colocación de un *stent* plástico.¹

Referencias

1. Anand RJ, Ferrada PA, Darwin PE, Bochicchio GV, Scalea TM. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is an effective treatment for bile leak after severe liver trauma. *J Trauma* 2011; 71: 480-485.
2. Tamura N, Ishihara S, Kuriyama A, Watanabe S, Suzuki K. Long-term follow-up after non-operative management of biloma due to blunt liver injury. *World J Surg* 2015; 39: 179-183.
3. Casado Maestre MD, Bengoechea Trujillo A, Lizandro Crispín A, Rodríguez Ramos C, Fernández Serrano JL. Complications after conservative management of blunt liver trauma: Biliary fistula, hemobilia and biloma. *Cir Esp* 2013; 91: 537-539.