

## INFORME DE CASO

# Lesión de la vía biliar principal por trauma abdominal cerrado

MSc. Dr. Pedro Antonio Fernández Busot<sup>1</sup>

MSc. Dr. José Muñiz Escarpanter<sup>2</sup>

Dra. Yipsi Bonachea Machado<sup>3</sup>

## RESUMEN

Las lesiones de las vías biliares extrahepáticas constituyen un grupo de enfermedades extremadamente raras debido a la situación anatómica de estos órganos; el diagnóstico de las lesiones traumáticas de la vesícula y los conductos biliares es difícil de plantear, generalmente, antes de llevar a efecto la laparotomía. Se presenta un caso de lesión de la vía biliar principal producto de trauma cerrado de abdomen al caer, sobre el mismo, una barra de hierro. Se realizaron varios estudios radiológicos que constataron un derrame pleural bilateral de mediana cuantía y líquido peritoneal libre en todos los espacios con asas delgadas dilatadas; se decidió explorar quirúrgicamente al paciente con la maniobra de Kocher.

### **DeCS:**

CONDUCTOS BILIARES/lesiones  
DERRAME PLEURAL/cirugía  
PEDIATRIA

## SUMMARY

Injuries to the extrahepatic bile ducts are a group of extremely rare conditions due to the anatomic position of these organs. Generally, the diagnosis of traumatic lesions of the gallbladder and bile ducts is difficult to be established before carrying out a laparotomy. A case of injury to the main bile duct due to a blunt abdominal trauma – an iron bar fell upon him – is reported. Several radiological studies were conducted. They showed a middle-level bilateral pleural effusion and free peritoneal fluid in all areas with dilated thin handles. It was decided to surgically explore the patient with the Kocher maneuver.

### **MeSH:**

BILE DUCTS/injuries  
PLEURAL EFFUSION/surgery  
PEDIATRICS

Las lesiones de las vías biliares extrahepáticas tienen una incidencia muy baja y constituyen un grupo de enfermedades extremadamente raras debido a la situación anatómica de estos órganos. No suele pensarse en ellas ante un trauma abdominal cerrado, presentan un diagnóstico difícil y, de no realizarse el tratamiento quirúrgico correspondiente, pueden llevar a la muerte del paciente. Se presenta un caso de lesión de la vía biliar principal.

## PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente masculino, de cuatro años de edad, que ingresó en la Sala de Cuidados Intermedios producto de trauma cerrado de abdomen al caerle una barra de hierro encima del área mencionada. Al ingreso presentaba dolor abdominal y vómitos, en número de tres, con restos de alimentos y al examen físico palidez cutáneo mucosa, una tensión arterial 120/60 y estaba hemodinámicamente estable; el abdomen se apreciaba discretamente distendido, doloroso y algo contracturado a la palpación, sobre todo en hemiabdomen superior, lo que impresionaba una contractura voluntaria. El ultrasonido abdominal mostró líquido libre de mediana cuantía en la cavidad peritoneal y aumento de la ecogenicidad del bazo y del lóbulo derecho del hígado, lo que se interpretó como un hemoperitoneo por lesión de hígado-bazo; la medición de la presión intra abdominal al inicio fue de 12cms de agua y las cifras de hemoglobina eran normales. Al cuarto día de evolución comenzó con fiebre de 38.5 grados centígrados, un ultrasonido abdominal reveló aumento del líquido libre en cavidad, la cifra de la presión intra abdominal aumentó a 16cms de agua y disminuyó la cifra de hemoglobina a 10,6g/l, por lo que se trasladó a la Unidad de Cuidados Intensivos; se continuó con una conducta expectante y tratamiento médico, pues aun se mantenía el diagnóstico inicial. Al octavo día de estar hospitalizado presentó una discreta dificultad respiratoria, las cifras de presión intrabdominal aumentaron a 19cms de agua, continuaba con fiebre alta, el abdomen se encontró más distendido y tenso y la cifra de hemoglobina era de 7.5, debido a lo que se transfundió con glóbulos rojos. Se realizó en ese momento un nuevo ultrasonido abdominal y se constató un derrame pleural bilateral de mediana cuantía y líquido peritoneal libre en todos los espacios con asas delgadas dilatadas. Se decidió explorar quirúrgicamente de urgencia y se eligió abordarlo por mínimo acceso: se encontró que el contenido de la cavidad peritoneal era bilis, por lo que se decidió convertir a intervención quirúrgica convencional. Se abordó por una incisión subcostal derecha (Kocher), se aspiraron uno y medio litros de bilis, se realizó lavado con solución salina fisiológica, se comprobaron una peritonitis química y asas delgadas muy dilatadas, pero no se apreciaba el sitio de procedencia de dicha bilis; se realizó maniobra de Kocher y se exploró el duodeno sin alteraciones. Se procedió a abrir y diseccionar el ligamento hepatoduodenal; se encontró una solución de continuidad en dirección al eje longitudinal a nivel del conducto hepático común alto que se extendía hasta la rama derecha del mismo. En este procedimiento de disección fue necesario realizar colecistectomía y colocar una sonda en T que se exteriorizó en el sitio de implantación del cístico en el colédoco -con lo que se amplió algo este orificio-, se dejó la rama inferior de la T hacia el colédoco y la proximal en el hepático común, con un puente intermedio de este entre la sonda propiamente dicha y la lesión y se utilizó la misma como férula para suturar el conducto con material no reabsorbible; esta sonda en T se exteriorizó por contrabertura, y también un drenaje de Penrose, en el lecho quirúrgico. Se realizó yeyunostomía por sonda transpilórica para su posterior alimentación y radiografía contrastada a través de la sonda en T con contraste hidrosoluble (colangiografía), se pasó dicho contraste al duodeno y a las vías biliares intrahepáticas (figura).



**Figura.** *Colangiografía con paso de contraste a duodeno y vías biliares*

Ya en el postoperatorio inmediato la sonda en T comenzó a funcionar -al inicio drenó poco contenido pero aumentó progresivamente-, el drenaje de Penrose fue productivo, se comprobó diariamente, por ultrasonido abdominal, que existía una pequeña colección en el lecho quirúrgico, lo que se relacionó con una brecha que quedó en la sutura. Mejoró clínica y sonográficamente, la fiebre cedió y el abdomen mejoró al examen físico; se mantuvo en todo momento apoyado con alimentación parenteral total. En su evolución se realizó un nuevo estudio contrastado a través de la sonda en T que resultó normal. Se comenzó a alimentar progresivamente por la sonda nasogástrica y posteriormente por vía oral, aumentó progresivamente hasta alcanzar el 15 percentil. Se trasladó a la Sala de Cirugía Pediátrica hasta que fue dado de alta con seguimiento por consulta y ultrasonido abdominal periódico; se retiró la sonda en T a los dos meses, previa colangiografía, que resultó normal.

## **COMENTARIO FINAL**

Las lesiones traumáticas de las vías biliares extrahepáticas son una enfermedad considerada rara incluso para los pacientes adultos y, en la literatura mundial, se informan muy pocos casos,<sup>1,2</sup> los que a veces sufren traumatismo y desgarro parcial o completo en ocasión de heridas penetrantes del abdomen o traumas cerrados de este y, las más de las veces, se acompañan de desgarro del hígado como resultado de aplastamiento, según refiere la literatura.<sup>1-3</sup> La situación de estos conductos bien protegidos los hace menos vulnerables a los traumatismos externos que otros órganos abdominales y son las lesiones iatrógenas quirúrgicas (laparoscópicas y convencionales) las más frecuentes;<sup>3</sup> ocurren en el conducto cístico, el conducto biliar extrahepático, los conductos intra hepáticos o las raíces de estos conductos. La gravedad de la lesión depende no solo de su tipo, sino

también del retraso para reconocerla y de los intentos iniciales para tratar el problema, como ocurrió con este paciente.<sup>4,5</sup> Los conductos aparecen dañados en las grandes compresiones sobre el hipocondrio derecho como mecanismo de producción; cuando tiene lugar desgarramiento de los conductos, sin lesiones asociadas, resulta muy difícil explicar el fenómeno, aunque se ha teorizado que “una gran fuerza aplicada en una dirección puede comprimir el conducto entre el hígado y los cuerpos vertebrales y lesionarlos”.<sup>6,7</sup> Si el escurrimiento de bilis en la cavidad peritoneal es considerable, rápidamente se presentan los síntomas y signos de peritonitis biliar.<sup>8</sup> El diagnóstico de las lesiones traumáticas de la vesícula y los conductos biliares es, generalmente, difícil de plantear antes de llevar a efecto la laparotomía, puesto que el cirujano presume, de una parte, la lesión del hígado y, de otra, las lesiones asociadas de otras vísceras de la cavidad que no le permiten establecer el diagnóstico en la mayoría de los casos, tanto más cuanto que estas lesiones son excepcionales, como en este paciente y según otros autores.<sup>1-9</sup> La intervención quirúrgica es la única opción cuando existe falta de continuidad en los conductos por lesión de la vía biliar, por lo que tales accidentes la requieren precozmente. Si el colédoco ha sido lesionado debe exponerse e intentarse la reparación quirúrgica primaria y completa; cuando se logra debe drenarse sistemáticamente mediante una sonda en T, lo mismo sucede para el conducto hepático común o sus ramas.<sup>5-9</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. García GA. Traumatismos del abdomen. En: García GA, Gómez GP. Cirugía. La Habana: Ecimed; 2008. p. 648-76.
2. Gómez Rubio M, Cuenca Morón B, García Álvarez J. De los signos y síntomas al diagnóstico y tratamiento en patología de la vía biliar. Soc Esp Patol Dig. 2003;18:357-97.
3. Stylianos S, Peral RH. Abdominal trauma. En: O`Neill JA, Grosfeld JL, Fongkalrud EW, Coran AG. Pediatric Surgery. 6ta ed. Philadelphia: Mosby: Elsevier; 2006. p. 295-13.
4. Guanche LLQ. Tratamiento quirúrgico de la vía biliar en la enfermedad iatrógena quirúrgica. En: Cirugía hepática. La Habana: Ecimed; 2009. p. 87-103.
5. Espinosa Guayaquil AC. Respuesta de los autores Gustavo Stork y Juan Pekolj, al editorial, “Opciones terapéuticas de las lesiones de la vía biliar”, de Carlos F. González del Solar. Acta Gastroenterol Latinoam. 2004;34:113-16.
6. Cox EF, Flancbaum L, Dauterive AH. Blunt trauma to the liver and biliary passages. Analysis of management and mortality in 323 consecutive patients. Ann Surg. 2007;32:126 -32.
7. Stylianos S, Pearl R, Babyn P. Abdominal trauma in children. En: Wesson DE. Pediatric trauma, pathophysiology, diagnosis and treatment. New Cork: Taylor & Francis; 2006. p. 267-99.
8. Fernández Puente M. Lesiones de la vía biliar principal. Resultados del tratamiento a largo plazo. Rev Argent Cir. 2008;54(3):78-81.
9. Hunter JG. Avoidance of bile duct injury in the abdominal trauma. Am Surg. 2007;162:71-6.

## DE LOS AUTORES

1. Master en Atención Integral al Niño. Especialista de I y II Grados en Cirugía Pediátrica. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara. Teléfono: 272687. E-mail: [busot@capiro.vcl.sld.cu](mailto:busot@capiro.vcl.sld.cu).
2. Master en Atención Integral al Niño. Especialista de I y II Grados en Cirugía Pediátrica y en Terapia Intensiva. Profesor Auxiliar de la Universidad de Ciencias Médicas "Dr. Serafín Ruiz de Zárate Ruiz" de Villa Clara. Teléfono: 202047. E-mail: [jmuniz@capiro.vcl.sld.cu](mailto:jmuniz@capiro.vcl.sld.cu).
3. Especialista de I Grado en Cirugía General. Teléfono: 273774.