

9. Khan SA, Davidson BR, Goldin RD, Heaton N, Karani J, Pereira SP, et al. Guidelines for the diagnosis and treatment of cholangiocarcinoma: An update. *Gut*. 2012.
10. Davidson B, Gurusamy K. Is preoperative histological diagnosis necessary for cholangiocarcinoma? *HPB*. 2008;10:94-7.

Fabio Vergara Suárez^{a,*}, Rafael López Andújar^a,
Eva Montalvá Orón^a, Carolina Ramírez Ribelles^b
y Judith Pérez Rojas^c

^aUnidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante,
Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España

^bServicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario
y Politécnico La Fe, Valencia, España

^cServicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario
y Politécnico La Fe, Valencia, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: fvergara@aecirujanos.es
(F. Vergara Suárez).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2013 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los
derechos reservados.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.03.003>

Complicaciones en el manejo conservador del traumatismo hepático cerrado: fístula biliar, hemobilia y biloma

Complications after conservative management of blunt liver trauma: Biliary fistula, hemobilia and biloma

El hígado es el órgano de la cavidad abdominal más afectado en los traumatismos abdominales tanto penetrantes como cerrados. Hasta el 85% de los pacientes que sufren un traumatismo hepático cerrado pueden ser candidatos a tratamiento conservador. El manejo no quirúrgico ha condicionado un descenso en la mortalidad, sin embargo, pueden surgir un no desdeñable número de complicaciones.

Mostramos el caso de un varón de 34 años que sufre un politraumatismo por accidente de motocicleta. La eco-FAST realizada al ingreso muestra líquido libre abdominal y, dado que el paciente se mantiene hemodinámicamente estable, se realiza una tomografía computarizada (TC) (fig. 1).

Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos y permanece hemodinámicamente estable. Al 5.º día se realiza ecografía abdominal, donde se evidencia reorganización del hematoma parenquimatoso y líquido libre generalizado. La presión

intraabdominal aumenta progresivamente, alcanzando los 36 mmHg al 10.º día de ingreso. La hemoglobina y el hematocrito se mantienen, sin embargo, presenta elevación de leucocitos y PCR. Se realiza una tomografía abdominal que pone de manifiesto un aumento significativo de la cantidad de líquido libre abdominal. Se practica una paracentesis que diagnostica un coleperitoneo.

Realizamos una laparotomía urgente que confirma el coleperitoneo, sin evidenciar el origen de la fuga biliar tras la administración de azul de metileno a través de una cánula en la vesícula biliar, ni disrupción del parénquima. Procedemos al lavado y drenaje poniéndose de manifiesto en las primeras 24 h una fístula biliar de 400 cc.

Se realiza CPRE donde se evidencia la vía biliar no dilatada con extravasación de contraste a nivel del conducto hepático derecho proximal, que rápidamente pasa al lecho subhepático

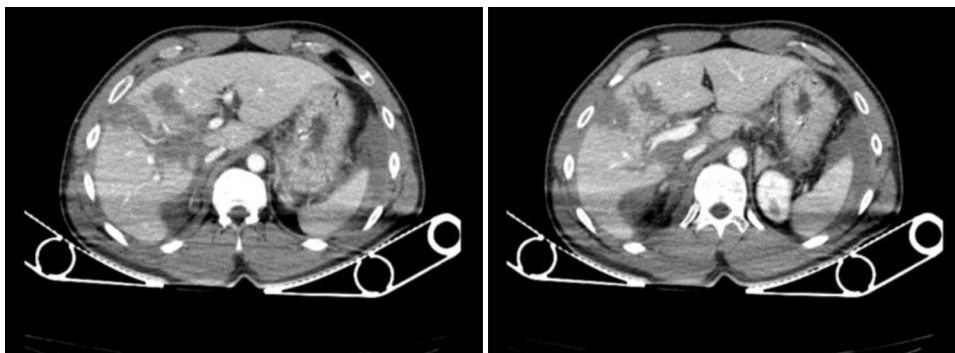


Figura 1 – El hígado presenta lesiones hipodensas en lóbulo hepático derecho en relación con laceraciones hepáticas de grado III-IV, así como líquido libre generalizado en moderada cantidad.



Figura 2 – Seudoaneurisma que se rellena a partir de ramas de la arteria hepática derecha, arterias de los segmentos VII y VIII. Se realiza embolización endovascular mediante coils. Imagen de la derecha: arteriografía donde no se evidencia fuga de contraste tras embolización.

y al catéter de drenaje abdominal. Se coloca una prótesis plástica de 7 Fr y 12 cm de longitud distal a la lesión.

El débito de la fístula disminuye a 200 cc en 24 h, manteniéndose en los días sucesivos con lo cual se decide realización de nueva CPRE con descenso de fuga a nivel del conducto hepático derecho proximal. Se coloca una prótesis plástica de 8,5 Fr y 10 cm. Tras este procedimiento, se observa una nula salida de bilis por el drenaje subhepático.

Al 28.º día de ingreso, comienza con débito sanguinolento por la SNG e hiperbilirrubinemia de 5 mg/dl. La endoscopia digestiva alta revela un coágulo fijo procedente de la segunda porción duodenal sugestivo de hemobilia y migración de la prótesis biliar. Se coloca un catéter de drenaje nasobiliar de 7 Fr. El sangrado persiste, provocando inestabilidad hemodinámica, por lo que se realiza una arteriografía (fig. 2).

Transcurridos unos días, el paciente comienza con dolor en hipocondrio derecho, fiebre y leucocitosis. Se realiza una TC que revela un absceso intraparenquimatoso en segmento VI de 7 × 7,5 cm. El drenaje percutáneo confirma el diagnóstico de biloma infectado. Una nueva CPRE pone de manifiesto una fuga intraparenquimatoso en el lóbulo derecho. Se coloca una prótesis plástica de 8,5 Fr y 10 cm. El catéter de drenaje se retira al 7.º día.

Entre el 2,8 y el 7,4% de los pacientes tratados con manejo conservador de un traumatismo hepático presentan complicaciones biliares¹. Ante la sospecha de un síndrome peritoneal, la TAC es la técnica diagnóstica de elección en el traumatismo abdominal con estabilidad hemodinámica^{2,3}. En aquellos casos con hallazgos no concluyentes, la paracentesis diagnóstica o el lavado peritoneal diagnóstico pueden esclarecer el diagnóstico⁴.

Los pacientes con lesiones hepáticas de alto grado en los que se opta por un manejo conservador se debe repetir una TC a los 7-10 días de ingreso, siendo innecesaria la repetición de esta prueba en los de bajo grado (I-II-III de la AAST)⁵.

La presencia de una lesión bien delimitada y de baja atenuación hace pensar en un biloma, pudiendo optar bien por un manejo conservador en la mayoría de los casos, bien por drenaje percutáneo si fuese sintomática (< 1%)⁴.

En aquellos casos en los que se desarrolla una fístula biliar, la realización de una ERCP y la colocación de una prótesis biliar puede conseguir una tasa de resolución del 90 al 100% de los casos⁶⁻⁸. La prótesis biliar se ha demostrado superior a la esfinterotomía en diversos estudios publicados¹.

La presencia de coleperitoneo e hiperpresión abdominal obliga al drenaje de la cavidad abdominal y cabe preguntarse si habría sido suficiente el drenaje percutáneo abdominal, opción descartada en este caso debido al tiempo de evolución y a la incapacidad de excluir lesiones asociadas. ¿La laparoscopia podría haber sido una alternativa válida? La respuesta es afirmativa: el valor de la laparoscopia diagnóstica en el traumatismo abdominal cerrado está aún por definir pero en pacientes seleccionados puede contribuir al diagnóstico y llevar a cabo procedimientos terapéuticos⁴.

En cuanto a la prevalencia del sangrado tardío durante el manejo conservador del traumatismo hepático cerrado, oscila entre el 1,7 y el 5,9% de los casos y suele estar relacionado con complicaciones hepáticas infecciosas o la formación de aneurismas¹. La arteriografía es el método de elección para la hemobilia. Mohr et al. estudiaron las complicaciones que aparecen tras la angioembolización y encontraron una morbilidad cercana al 58%, siendo la fístula biliar, el absceso hepático y la necrosis isquémica los procesos más frecuentes⁹. La combinación de traumatismo hepático y necrosis isquémica predispone a la aparición de complicaciones biliares¹.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bala M, Gazalla SA, Faroja M, Bloom AI, Zamir G, Rivkind AI, et al. Complications of high grade liver injuries: management and outcomewith focus on bile leaks. *Scand J Trauma Resusc Emerg Med.* 2012;20:20.
2. Gibson DE, Canfield CM, Levy PD. Selective nonoperative management of blunt abdominal trauma. *J Emerg Med.* 2006;31:215-21.

3. Stuhlfaut JW, Anderson SW, Soto JA. Blunt abdominal trauma: Current imaging techniques and CT findings in patients with solid organ, bowel, and mesenteric injury. *Semin Ultrasound CT MR.* 2007;28:115-29.
4. Casanova D, Figueras J, Pardo F. Traumatismo hepático en guía clínica de la Asociación Española de Cirujanos. *Cirugía hepática.* Madrid: Ed. Arán; 2004: 299-314.
5. Ortega-Deballón P, Delgado-Millán MA, Jover-Novalón JM, Limones-Esteban M. Manejo diagnóstico en el tratamiento conservador del traumatismo abdominal. *Cir Esp.* 2003;73:233-43.
6. Singh V, Narasimhan KL, Verma GR, Singh G. Endoscopic management of traumatic hepatobiliary injuries. *J Gastroenterol Hepatol.* 2007;22:1205-9.
7. Lubezky N, Konikoff FM, Rosin D, Carmon E, Kluger Y, Ben-Haim M. Endoscopic sphincterotomy and temporary internal stenting for bile leaks following complex hepatic trauma. *Br J Surg.* 2006;93:78-81.
8. Anand RJ, Ferrada PA, Darwing PE, Bochicchio GV, Scalea TM. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is an effective treatment for bile leak after severe liver trauma. *J Trauma.* 2011;71:480-5.
9. Mohr AM, Lavery RF, Barone A, Bahramipour P, Magnotti LJ, Osband AJ, et al. Angiographic embolization for liver

injuries; low mortality, high morbidity. *J Trauma.* 2003;55:1077-82.

María Dolores Casado Maestre^{a*}, Ander Bengoechea Trujillo^a, Armando Lizandro Crispín^a, Claudio Rodríguez Ramos^b y José Luis Fernández Serrano^a

^aUnidad de Gestión Clínica de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

^bServicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chicacasado@hotmail.com (M.D. Casado Maestre).

0009-739X/\$ – see front matter

© 2012 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2013.02.023>

Eventroplastia transvaginal híbrida

Hybrid transvaginal ventral hernia repair

El desarrollo de nuevas técnicas como la cirugía por orificios naturales busca mejorar los resultados clínicos y estéticos en diferentes campos, habiéndose realizado con éxito procedimientos como apendicectomías, colecistectomías, resecciones oncológicas de colon, etc.¹. Sin embargo, es escasa la experiencia publicada acerca del empleo de este abordaje en el manejo de las hernias de pared abdominal^{2,3}.

Presentamos el caso de una mujer de 58 años con hipotiroidismo, 2 partos vaginales e intervenida de herniorrafia epigástrica, que consultó por dolor y tumoración en la cicatriz de la cirugía previa, mostrando la exploración una recidiva herniaria, reductible y con defecto aponeurótico de 4 cm de diámetro. Se procedió a su reparación mediante un abordaje transvaginal híbrido, administrando preoperatoriamente 2 g de amoxicilina-ácido clavulánico y realizando lavados con solución diluida de povidona yodada de la zona perineal y vaginal.

Con la paciente en posición de Lloyd-Davies modificada, el cirujano se colocó a la izquierda y el ayudante entre las piernas de la paciente, creándose el neumoperitoneo con aguja de Veress transumbilical, introduciendo un trocar de 5 mm en el vacío izquierdo para la posterior utilización de pinzas y aplicador de grapas para fijar la prótesis. A través del orificio de la aguja de Veress se introdujo un trocar de 3 mm para el empleo de miniinstrumentos (fig. 1). La paciente se colocó en posición de Trendelenburg forzada y bajo visión laparoscópica (óptica de 5 mm y 0° a través del puerto de 5 mm) se colocó un trocar óptico extralargo (150 mm) a través del fórnix posterior de

la vagina de 12 mm (EndoPath® Xcel™), el cual empleamos posteriormente para la introducción de la malla y la óptica de 10 mm y 30°. Se protegió el trocar transvaginal con una funda estéril de plástico y se realizó un lavado del fondo de saco de Douglas a través del mismo con una solución de povidona yodada (fig. 2). Tras liberar las adherencias epiploicas del saco herniario utilizando las 2 puertas abdominales como canales de trabajo y el trocar transvaginal para introducir la óptica de 30°, procedimos a la colocación de la malla (Ethicon Physiomeshtm Flexible Composite Mesh), que fue introducida enrollada sobre sí misma sin ninguna otra protección a través del trocar vaginal y fijada posteriormente con 2 coronas de grapas absorbibles (Ethicon Securestrap™ 5 mm Absorbible Strap Fixation Device) (fig. 1). A continuación, se retiraron los trocates de 3 y 10 mm bajo visión directa (óptica de 5 mm y 0° a través del trocar del vacío izquierdo) y se cerró el orificio vaginal por vía vaginal con 2 puntos sueltos de poliglactina 910 de 2/0 y la piel del abdomen con monofilamento de 3/0. La paciente evolucionó favorablemente siendo dada de alta hospitalaria a las 36 h de la intervención y permaneciendo asintomática al mes.

Los beneficios del abordaje laparoscópico en el tratamiento de las hernias ventrales y de pared abdominal han sido demostrados en diferentes estudios, al disminuir el riesgo de infección de herida y la estancia hospitalaria, mostrando cifras de recidiva inferiores a los de la cirugía abierta en muchos de ellos⁴. Por otro lado, con el fin de disminuir la agresión parietal, se han desarrollado los miniinstrumentos que, a través de incisiones de 2-3 mm, permiten disecar, seccionar y