



Caso clínico

FÍSTULA BILIOBRONQUIAL COMO COMPLICACIÓN RARA TRAS RESECCIÓN HEPÁTICA MAYOR

BILIOBRONCHIAL FISTULA AS A RARE COMPLICATION AFTER MAJOR HEPATIC RESECTION

 Lucía Santos-Vieitez¹;  David Robla-Álvarez¹;  Esther Gómez-Area¹;
 Dora Gómez Pasantes¹.

(1) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y pancreática del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña (España).

RESUMEN:

La fístula biliobronquial es una comunicación anormal entre la vía biliar y el árbol bronquial. Suelen ser adquiridas o iatrogénicas, secundarias a traumatismos penetrantes en hemitórax derecho o diafragma, o tras cirugías hepáticas, biliares o ablaciones percutáneas. No son patologías frecuentes, aunque deben tenerse en cuenta en estos contextos, dada la elevada morbilidad y mortalidad asociadas a las mismas. El tratamiento conservador con antibioterapia de amplio espectro, asociada a técnicas de drenaje mínimamente invasivas, ya sean percutáneas o endoscópicas, ha demostrado una elevada eficacia en su tratamiento, aunque la cirugía continúa siendo el único tratamiento curativo en caso de fracaso de las mismas.

Palabras Clave: Fístula, Biliobronquial, Bilioptosis.

ABSTRACT:

A biliobronchial fistula is an abnormal communication between the biliary tract and the bronchial tree. These fistulas are usually acquired or iatrogenic, most often secondary to penetrating trauma to the right hemithorax or diaphragm, or following hepatic or biliary surgeries or percutaneous ablations. Although they are not common conditions, they should be considered in these clinical contexts due to the high morbidity and mortality associated with them. Conservative treatment with broad-spectrum antibiotics combined with minimally invasive drainage techniques, whether percutaneous or endoscopic, has proven to be highly effective in most cases. However, surgery remains the only curative treatment if conservative measures fail.

Keywords: Fistula, Biliobronchial, Bilioptosis.

Fecha de recibido: 09/12/2024 - **Fecha de aceptación:** 18/04/2025 - **Fecha de publicación en línea:** 14/05/2025. Correspondencia a: lucasantosvieitez@gmail.com

Citar como: Santos-Vieitez L, Robla-Álvarez D, Gómez-Area E, Gómez Pasantes D. Fístula biliobronquial como complicación rara tras resección hepática mayor. Rev Cir Gal. 2025; 9(12): e1-e3.

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

INTRODUCCIÓN:

Descripción por primera vez en 1850 por Peacock, la fistula biliobronquial (FBB) es una comunicación anormal entre la vía biliar y el árbol bronquial. Puede ser congénita o adquirida, y ésta última es la más frecuente, estando dividida a su vez en tres etiologías causantes principales. La forma más común es la secundaria a trauma, ya sea trauma penetrante que afecta al pulmón, diafragma derecho o hígado, o cirugía hepática o biliar, produciendo extravasación de contenido biliar al espacio pleural y provocando neumonitis química secundaria.

Otra causa de fistula biliobronquial adquirida es la secundaria a patología hepática, siendo las causas más comunes dentro de ellas el absceso hepático amebiano y el quiste hidatídico, siendo éste último el responsable de hasta el 15% de fistula biliobronquial.

Por último, otra causa de FBB adquirida es la secundaria a obstrucción de la vía biliar, ya sea de causa litiasica, estenótica o neoplásica^{1,2}.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico (síntoma patognomónico bilioptisis, acompañado de fiebre, ictericia, tos, dolor torácico, dolor abdominal o signos indirectos como derrame pleural/atelectasia o dilatación de la vía biliar), apoyado en pruebas de imagen. Los métodos de mayor sensibilidad para determinar el diagnóstico son la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y la colangiografía transhepática percutánea, así como la fistulografía, cuando es posible. La TAC y colangi-resonancia magnética nuclear (colangioRMN) pueden demostrar igualmente, el trayecto fistuloso entre árbol biliar y bronquial^{3,4}.

No existe tratamiento consensuado en el manejo de la FBB, siendo posible el manejo conservador con antibioterapia, drenaje

percutáneo o endoscópico. La cirugía es el único tratamiento definitivo en caso de fracaso de los anteriores.

CASO CLÍNICO:

Presentamos el caso de una mujer de 62 años, con diagnóstico de un adenocarcinoma de sigma estadio IV por enfermedad metastásica hepática y ganglionar, con cinco líneas de tratamiento sistémico (quimioterapia) paliativo, diagnosticado en 2020.

La enfermedad metastásica hepática afectaba fundamentalmente al lóbulo hepático derecho, identificándose otra lesión metastásica en el segmento III. En diciembre de 2020, se sometió a una primera intervención quirúrgica, realizándose colecistectomía, segmentectomía del segmento III hepático y embolización portal derecha, con el objetivo de producir hipertrrofia del lóbulo hepático izquierdo en vistas a poder realizar una resección hepática mayor. Posteriormente, en febrero de 2021, se llevó a cabo la hepatectomía derecha. Como complicación postquirúrgica, se identificó una colección intraabdominal en el lecho quirúrgico, la cual se trató con antibioterapia y drenaje percutáneo. Finalmente, en mayo de 2021, se realizó sigmoidectomía para el tratamiento del tumor primario.

La paciente acude posteriormente, tras el alta, al Servicio de Urgencias por tos, expectoración marronácea y fiebre. En la exploración física, se identifica hipoventilación basal derecha, sin alteraciones en la exploración abdominal. En las pruebas complementarias, se identifican alteraciones en el perfil biliar, con elevación de la bilirrubina y patrón de colestasis, sobre todo con mayor elevación de la fosfatasa alcalina. Se realiza una TAC TAP, evidenciando evolución favorable de la colección postquirúrgica en el lecho de la hepatectomía derecha, aunque identificando una consolidación de base pulmonar derecha (**Imagen 1**).

Durante el ingreso, se realiza una colangiografía de control a través del catéter de drenaje percutáneo previo, identificándose una

comunicación entre el lecho de resección hepática y el árbol bronquial (**Imagen 2**).



Imagen 1: Imagen de TC. Se identifica una colección en el lecho de la hepatectomía derecha y una consolidación en la base pulmonar derecha. (Fuente: imagen propia).



Imagen 2: Colangiografía transcatéter. Tras la administración de contraste a través del catéter percutáneo de drenaje previo, se identifica migración del mismo al árbol bronquial derecho, objetivando comunicación entre el árbol biliar y bronquial (Fuente: imagen propia).

Tras la confirmación diagnóstica de FBB en la colangiografía percutánea, se inicia antibioterapia de amplio espectro con meropenem y amikacina, y se realiza un nuevo drenaje percutáneo de la FBB. Tras completar 10 días de antibioterapia, la paciente presenta una mejoría clínica importante, manteniéndose afebril y clínicamente asintomática, corrigiéndose la biliopatía y las alteraciones analíticas, por lo que se decide el alta hospitalaria, portando un catéter de drenaje biliar cerrado.

Tras 4 semanas, de manera ambulatoria, se realiza una CPRE, sin evidenciar persistencia de la comunicación bilio-bronquial.

DISCUSIÓN:

Las FBB no son patologías frecuentes, pero sí conllevan una alta morbilidad y mortalidad para el paciente, por lo que deben tenerse en cuenta en ciertos contextos, como tras traumatismos penetrantes, cirugía hepática o biliar, ablación de tumoraciones hepáticas o drenajes percutáneos transdiafragmáticos o transhepáticos. Las pruebas de imagen más sensibles para el diagnóstico de la fístula broncobilial son la CPRE y la colangiografía percutánea transhepática, aunque se puede identificar el trayecto fistuloso en la TAC o la colangio-RMN. No existe un tratamiento estandarizado para la misma, pero las técnicas mínimamente invasivas, como el drenaje percutáneo o endoscópico mediante CPRE, asociado a antibioterapia de amplio espectro, han demostrado su eficacia en esta patología. Sin embargo, la intervención quirúrgica puede ser necesaria en caso de fracaso del tratamiento conservador, como tratamiento definitivo de las mismas.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Peacock TB. Case in which hydatids were expectorated, and one of suppuration in a hydatid cyst of the liver communicating with the lungs. Edinb Med Surg J. 1850; 74: 33-6.
2. Cheng AC, Chen HW, Chen PJ, Huang TY, Lin JC. Bronchobiliary fistula. Intern. Emerg. Med. 2021; 16: 1093-4. <https://doi.org/10.1007/s11739-020-02572-0>.
3. Acquasanta M, Spadarella G, Civelli EM,. Spontaneous bronchobiliary fistula: Case report. J. Radiol. Case Rep. 2020; 14: 10-5. <https://doi.org/10.3941/jrcr.v14i10.3743>
4. Carrillo-Muñoz A, Sánchez-Valadez T, Gil-Rojas N, Navarro-Reynoso F, Núñez Pérez-Redondo C, Cícerio-Sabido R. Un caso raro de fístula biliobronquial. Revisión bibliográfica. Rev. Médica Hosp Gen México. 2013; 76: 47-51.