



# FÍSTULA HEPATOPULMONAR: UNA COMPLICACIÓN RARA DEL ABSCESO HEPÁTICO.

C. Arévalo Zamora<sup>1</sup>, C. Bustillo<sup>2</sup>, C. Remolina<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Médico, Cirujano General, Departamento de Cirugía General, Clínica Gestión Salud, Universidad del Sinú, Cartagena de Indias, Colombia.

<sup>2</sup>Médico Cirujano Gastroenterólogo y Endoscopista. Profesor Asistente, Departamento de Cirugía Gastrointestinal y Endoscópica, Clínica Gestión Salud, Universidad del Sinú, Cartagena de Indias, Colombia.

<sup>3</sup>Médico Cirujano de Tórax. Profesor Asistente, Departamento de Cirugía de Tórax, Clínica Gestión Salud, Universidad del Sinú, Cartagena de Indias, Colombia.

Agradecemos la colaboración y el apoyo general del jefe del departamento de Cirugía General y Torácica, por la ayuda técnica recibida.

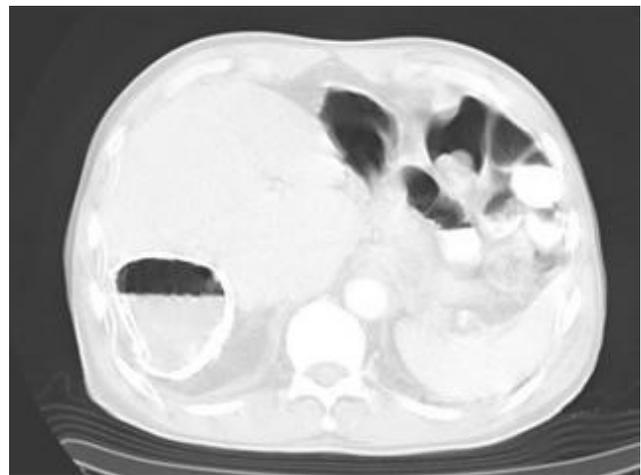
## DESCRIPCIÓN DEL CASO

Nos referimos al caso de un hombre de 69 años, con cuadro clínico de 3 años de evolución, consistente en tos crónica sin expectoración y pérdida de peso, presentando infecciones respiratorias recurrentes, en seguimiento ambulatorio por neumología y que 2 semanas previo a la hospitalización, refiere tos persistente con expectoración de aspecto bilioso (biliopitosis), disnea y dolor torácico, todo esto asociado a dolor en hipocondrio derecho. Como antecedentes de importancia, presentó hace 3 años un absceso hepático que se complica con drenaje al espacio plural derecho y empiema pleural complicado; recibió tratamiento quirúrgico con decorticación pulmonar por videotoracoscopia y esquema antibiótico para el absceso hepático; con adecuada evolución postoperatoria y alta médica en su momento. Al examen físico, sin ictericia, con disnea leve por tos persistente y dolor abdominal a la palpación profunda en hipocondrio derecho. Los estudios de laboratorio muestran un recuento aumentado de leucocitos y valores de bilirrubinas séricas elevados 2.02 mg/dl, aspartatoaminotransferasa 45 IU/Litro (normal 5-40), alaninoaminotransferasa 70 IU/Litro (normal 5-35), sin alteración en los gases arteriales. Por sus

antecedentes, se decide realizar una tomografía de tórax y abdomen simple y contrastada (Figura 1).

En la fibrobroncoscopia flexible, se evidencia secreción de característica biliosa en abundante cantidad en todo el árbol bronquial con aparente origen en los bronquios de la pirámide basal derecha.

**Figura 1.** Tomografía abdominal (corte coronal) revela una imagen redondeada de 7 cm de diámetro, que compromete el lóbulo hepático derecho (segmento VII) de paredes calcificadas y componente líquido y gaseoso.



Recibido: 31.07.2017. Aceptado: 15.11.2017

**Dirección para correspondencia:** Dra. Caterin Arévalo Zamora, MD.  
[cate-90@hotmail.com](mailto:cate-90@hotmail.com)

Posteriormente, se decide realizar una Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), en donde se evidencia salida de contraste del conducto hepático derecho hacia la cavidad descrita en lóbulo hepático derecho (Figura 2), se realiza esfinterotomía con colocación de una prótesis (stent) en la vía biliar, con lo que disminuyó levemente la bilióptisis, mejorando la tos y su condición para una eventual cirugía.

**Figura 2.** La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica muestra la fístula con el llenado de la cavidad hepática y la salida del material de contraste hacia el tórax.



Ante éstos hallazgos, se diagnóstica una fístula hepatopulmonar persistente y se decide un cierre de fístula hepatopulmonar por videotoracoscopia, como tratamiento.

El procedimiento se realiza utilizando tres puertos de videotoracoscopia donde se evidenció un proceso inflamatorio importante en la base pulmonar derecha y diafragma, con múltiples adherencias pleurales. Se efectúa segmentectomía no anatómica del segmento pulmonar con sutura mecánica y resección de la parte afectada del diafragma al rededor del trayecto fistuloso, exponiendo la cavitación hepática, la cual se drena, con abundante barro biliar y se aplica sellante de fibrina biológico (Tissil®) para cerrar la fístula del conducto hepático derecho, se ocupó la cavitación con una esponja de material absorbible estéril y el defecto diafragmático fue suturado con material no absorbible (Prolene®) (Figura 3).

**Figura 3.** Imágenes intraoperatorias de cirugía por videotoracoscopia: A. Cavidad del absceso hepático. B. Sutura del defecto diafragmático (material absorbible).



En el postoperatorio fue a la Unidad de Cuidados Intermedios al 5 día postoperatorio presenta abundante salida de bilis por las paredes del tubo de drenaje torácico. Se hace diagnóstico de fístula hepatopleural de alto gasto. Se evalúa el caso en conjunto con el servicio de cirugía gastrointestinal y endoscópica y se decide la opción de tratamiento con la aplicación de cianocrilato a través de colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) a nivel del conducto hepático derecho para el cierre de la fístula en su origen.

## COMENTARIO

La fístula hepatopulmonar es un desorden raro asociado con una significativa morbilidad y mortalidad. Los pacientes deben tener un manejo integral con cirugía gastrointestinal y endoscópica, cirugía de tórax y cuidados intensivos, para garantizar un adecuado tratamiento. La cirugía se ha considerado durante años como el tratamiento de elección, sin embargo, en la actualidad se considera más efectivo el manejo conjunto: endoscopia y quirúrgico, ya que permita resolver la enfermedad de manera oportuna y con menor riesgo de complicaciones.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Moreira VF, Arocena C, Cruz F, Alvarez M, San Roman AL. Bronchobiliary fistula secondary to biliary lithiasis - Treatment by endoscopic sphincterotomy. *Dig Dis Sci.* 1994;39(9):1994-9.
2. Andrade-Alegre R, Ruiz-Valdes M. Traumatic thoracobiliary (pleurobiliary and bronchobiliary) fistula. *Asian Cardiovasc Thorac Ann [Internet].* 2013;21(1):43-7. Available from: <http://aan.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/0218492312454667>
3. Gugenheim J, Ciardullo M, Traynor O, Bismuth H. Bronchobiliary fistulas in adults. *Ann Surg [Internet].* 1988;207(1):90-4. Available from: <http://www.pubmedcentral>.

nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1493242&tool  
=pmcentrez&rendertype=abstract

4. Gerazounis M, Athanassiadi K, Metaxas E, Athanassiou M, Kalantzi N. Bronchobiliary fistulae due to echinococcosis. *Eur J Cardio-thoracic Surg.* 2002;22(2):306–8.
5. Brem H, Gibbons GD, Cobb G, Edgin RA, Ellison EC, Carey LC. The use of endoscopy to treat bronchobiliary fistula caused by choledocholithiasis. *Gastroenterology.* 1990;98(2):490–2.