



Nº 0769

A PROPÓSITO DE UN CASO: FÍSTULA BILIO-BRONQUIAL SECUNDARIA A ROTURA DE QUISTE HIDATÍDICO

Hospital Dr. José Ramón Vidal – Corrientes – Argentina

AUTORES

Dr. Valdez, Martín

Dr. Sandoval, Gonzalo

Dra. Stupaczuk, Julieta

Dr. Ochoa Roveres, Rodrigo Emanuel

Dra. Latyn, Dagny Agostina

Dra. Del Valle, Carla Dalila



Nº 0769

PRESENTACIÓN DEL CASO

- ▶ Paciente femenina de 50 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, que consulta por dolor cólico en hipocondrio derecho de 2 meses de evolución. Concomitantemente presenta dolor torácico, bilióptisis y fiebre. A la auscultación presenta rales crepitantes en ambas bases pulmonares. En el examen de laboratorio se constata leucocitosis de $14.000/\text{mm}^3$. Se solicita ecografía abdominal y posteriormente TC de tórax, abdomen y pelvis con contraste endovenoso.

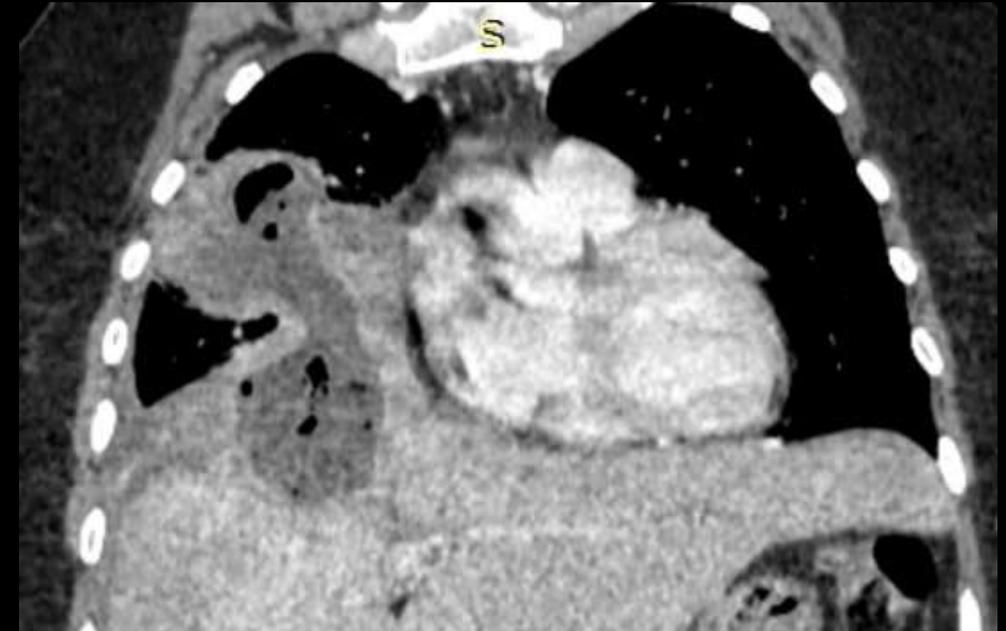
HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS

Nº 0769

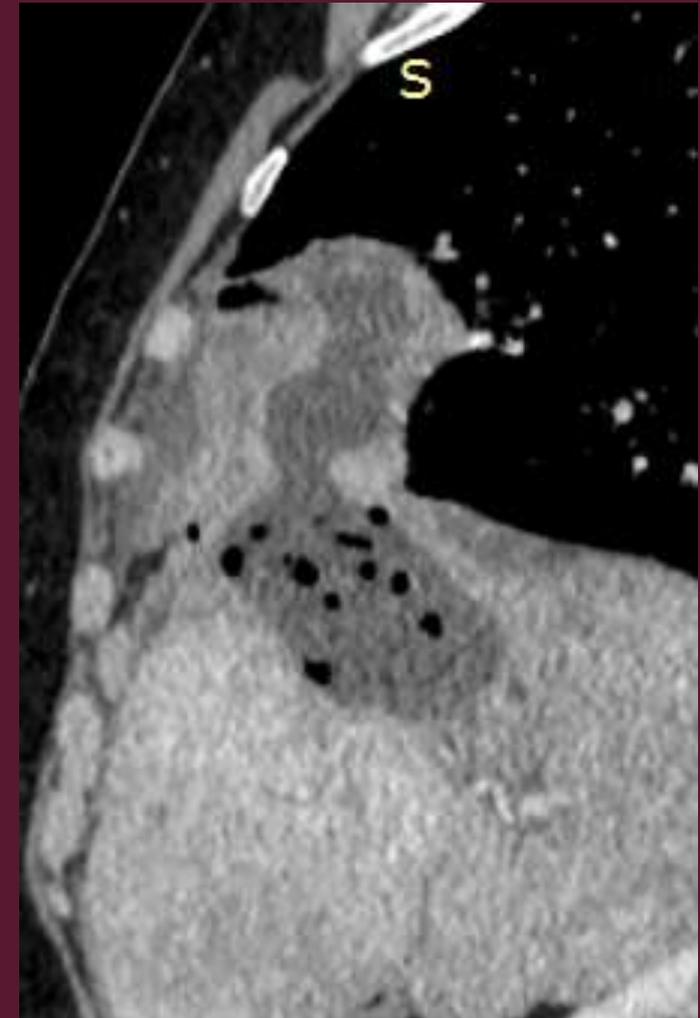
Imagen hipodensa de aspecto quístico, paredes ligeramente engrosadas, con burbujas aéreas internas, ubicada a nivel del segmento hepático VIII.



Proyección de la imagen quística hacia el hemi-tórax derecho.



- ▶ La fístula biliobronquial (FBB) es una comunicación anormal entre la vía biliar y el árbol bronquial. La prevalencia de esta complicación es del 3-14 %, en pacientes con quistes hepáticos hidatídicos complicados con tránsito hepato-torácico.
- ▶ El diagnóstico es clínico por la presencia de biliopneumonia y se confirma por estudios de imagen como la TC, Colangiografía, CPRE y CTHP, siendo estas últimas dos, además, de valor terapéutico.
- ▶ En la imagen tomográfica se puede observar el trayecto fistuloso, además de neumomediastino y neumotórax. La CPRE delimita la anatomía biliar y la RM con gadolinio aporta información funcional.
- ▶ No hay un consenso en el manejo terapéutico de estas fístulas; los métodos utilizados con mayor frecuencia son el drenaje percutáneo o la colocación de prótesis endoscópicas, pero si éstos no son posibles, la cirugía es el siguiente paso.





Nº 0769

CONCLUSIÓN

- ▶ La FBB es una patología poco común, con elevada morbilidad. La TC se considera la técnica de imagen de elección para su visualización y caracterización. El manejo debe ser individualizado de acuerdo a las condiciones del paciente, la etiología de la FBB, la tecnología disponible y la experiencia del centro.



BIBLIOGRAFÍA

1. Emilia Martínez Velado¹, Luis Miguel Palomar Rodríguez¹ y Juan Ramón Olivo Esteban. **Fístula biliobronquial**. Revista española de enfermedades digestivas. 2012. Vol. 104. N.º 4, pp. 210-211
2. A. Carrillo-Muñoz, T. Sánchez-Valadez, N. Gil-Rojas, F. Navarro-Reynoso, C. Núñez Pérez-Redondo, R. Cícero-Sabido. **Un caso raro de fístula biliobronquial. Revisión bibliográfica**. 2013. Rev Med Hosp Gen Méx ; 76(1):47-51.
3. P. Galindo Orrego, J. Bejarano Rengifo, C. Labrador López, G. Hernández Cely, O. Beltrán Galvis, M. A. Garzón Olarte, E. Ponce de León Chaux, J. A. Ceballos Hurtado, D. C. Salinas Gómez, A. Varón Puerta. **Fístula biliopleurobronquial: reporte de un caso**. 2017. Rev Gastroenterol Peru ;37(4):391-3
4. M. M. García, Alí Martakoush María y M. Cobos Briz. **Fístula biliobronquial, una complicación tardía de la cirugía hepática**. 2017. Servicio de Urgencias, Hospital Universitario HM Puerta del Sur, Móstoles, Madrid, España.
5. C. Muñoz C, L. Burgos SJ, V. Fonseca S. **Fístula biliobronquial de origen hidatídico**. 2009. Rev. Chilena de Cirugía. Vol 61 - Nº 6; pág. 504-506
6. H. Losada M, M. Vial G, C. Manterola D, V. Pineda N. **Fístula biliobronquial secundaria a quiste hepático hidatídico en tránsito al tórax. Reporte de caso**. 2006. Rev. Chilena de cirugía. Vol. 58 – Nº 3; págs. 224-227.