

Complicaciones posteriores a colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, presentación de dos casos tratados con manejo conservador

Emmanuel Espinal-Gómez, Ángel Gómez-Cruz, Saúl Palomino-Ayala, Héctor Manuel Fonseca-López, Carlos Arroniz-Jauregui y Francisco Álvarez-López.

Autor para correspondencia

Enmanuel Espinal Gómez, Servicio de Gastroenterología, 6to piso de la torre de especialidades, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Dirección: Hospital # 278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco, México.
Contacto al correo electrónico: gastroplus@gmail.com

Palabras clave: colangiopancreatografía, colangitis, perforación, hemorragia
Keywords: cholangiopancreatography, cholangitis, perforation, hemorrhage



Complicaciones posteriores a colangiopancreatografía endoscópica retrógrada, presentación de dos casos tratados con manejo conservador

Espinal-Gómez E^a, Gómez-Cruz A^o, Palomino-Ayala S^o, Fonseca-López HM^b, Arroniz-Jauregui C^b, Álvarez-López F^o.

Resumen

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica es un procedimiento importante en el manejo de la patología biliopancreática y ofrece ser un método diagnóstico y terapéutico. Esta es una prueba compleja en su curva de aprendizaje y sus complicaciones más frecuentes son pancreatitis, hemorragia, colangitis y perforación. La incidencia de complicaciones oscila del 5.4% al 23% y la mortalidad global de 0.1 al 1%, aumentando en los casos de perforación duodenal (8-23%) a consecuencia de sepsis y falla multiorgánica. Se presentan dos casos de complicaciones posteriores a colangiopancreatografía manejados con terapia conservadora.

Palabras clave: *colangiopancreatografía, colangitis, perforación, hemorragia*

Complications following endoscopic retrograde cholangiopancreatography, report of two cases handled with conservative management

Abstract

Endoscopic retrograde cholangiopancreatography is a key procedure in the management of biliopancreatic diseases, as it can be both diagnostic and therapeutic element. This is a complex technique and has a steep learning curve, and its most frequent complications are pancreatitis, hemorrhage, cholangitis and perforation. Prevalence of complications ranks from 5.4 to 23% and global mortality from 0.1% to 1%, which can be increased if duodenal perforation is present (8-23%) due to sepsis and multi organic failure. We present the case of two patients who presented complications handled with conservative treatment.

Key words: *cholangiopancreatography, cholangitis, perforation, hemorrhage*

a. Servicio de Gastroenterología, Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara Jalisco, México.

b. Unidad de Endoscopia Gastrointestinal, Hospital Civil "Fray Antonio Alcalde". Guadalajara Jalisco, México.

Autor para correspondencia:

Enmanuel Espinal Gómez, Servicio de Gastroenterología, 6to piso de la torre de especialidades, Hospital Civil de Guadalajara "Fray Antonio Alcalde". Dirección: Hospital # 278 Col. El Retiro, CP 44280, Guadalajara, Jalisco, México. Contacto al correo electrónico: gastroplus@gmail.com

Introducción

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento importante en el manejo de la patología biliopancreática y ofrece ser un método diagnóstico y terapéutico. La CPRE es una prueba compleja en su curva de aprendizaje y sus complicaciones más frecuentes son pancreatitis, hemorragia, colangitis y perforación. La incidencia de complicaciones oscila del 5.4% al 23% y la mortalidad global de 0.1 al 1%, aumentando en los casos de perforación duodenal (8-23%) a consecuencia de sepsis y falla multiorgánica.^{1,2} El tratamiento de la perforación duodenal post CPRE no está bien establecido, el manejo conservador de esta complicación puede ser valorado ya que el tamaño de la perforación es pequeño y está por lo general bien contenido.³⁻⁵

Presentación del primer caso

Se trata de paciente femenino de 38 años de edad con dolor abdominal en hipocondrio derecho irradiado a región de espalda media acompañado de náuseas y vómitos de aparición inmediata post CPRE realizada por coledocolitiasis. En la exploración física se evidencia distensión abdominal sin datos de irritación peritoneal. Los exámenes laboratoriales reportan: Hb de 12 gr/dl, Hto de 37%, Leucocitos de 10.7 miles/ μ l, Glucosa sérica de 154 mg/dl, calcio de 8.8 mg/dl, urea de 31mg/dl, creatinina de 0.9 mg/dl, bilirrubina total de 1.2, bilirrubina directa de 0.2, AST de 28 U/L, ALT de 272 U/L, FA de 154 U/L, DHL de 478 U/L, Amilasa de 562 U/L, Lipasa de 886 U/dl. La gasometría reporta pH de 7.47, pCO₂ 29 mmHg, pO₂ 58 mmHg, HCO₃ 23 mol/L, satO₂ 94%. A su ingreso la puntuación APACHE II fue de 15, el score Ranson de 1 punto, BISAP de 2. En la radiografía de tórax se observa derrame pleural derecho y aire subdiafragmático (Figura 1), el ultrasonido de hígado y vías biliares se reporta la presencia de coledocolitiasis y dilatación de vía biliar extrahepática. Se realiza tomografía computada (TC) abdominal contrastada a las 72 hrs (Figura 1). En la evolución del paciente presenta falla respiratoria que posteriormente remite. Se agrega tratamiento antibiótico teniendo una evolución favorable.

Presentación del segundo caso

Paciente femenino de 24 años que inicia con dolor abdominal, náusea y vómito posteriores a la realización de CPRE. (Figura 2) Se reportan niveles iniciales de amilasa de 1046 U/L y lipasa de 1364 U/L, por lo cual es referida a

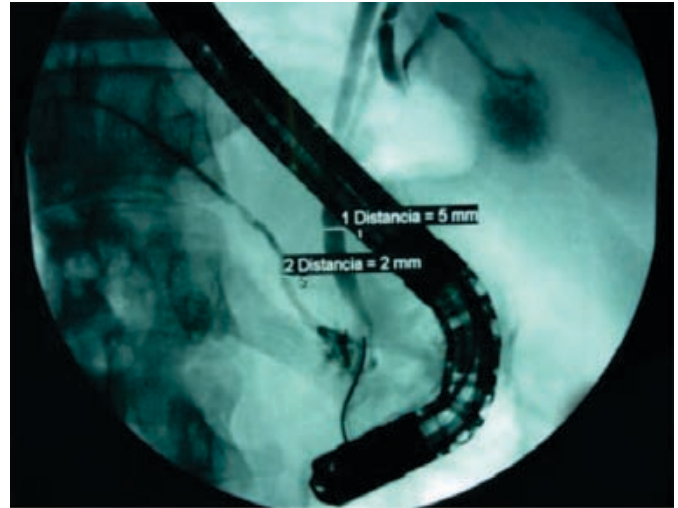


Figura 2. Se encuentra Ámpula de Vater con orificio puntiforme y bordes evertidos de difícil canalulación. Se realiza esfinterotomía precorte con salida de bilis hacia duodeno en forma espontánea.

nuestra unidad. A la exploración física se encuentra abdomen doloroso sin irritación peritoneal con presencia de tumoración en epigastrio que se extiende hasta flanco y fosa iliaca derecha. Los exámenes laboratoriales se reportan con Hb de 14 g/dl, Hto de 41.3%, Leucocitos de 25,600 miles/ μ l, Glucosa sérica de 111 mg/dl, calcio de 8.5 mg/dl, urea de 33.4 mg/dl, creatinina de 0.32 mg/dl, bilirrubinas totales de 3.7, bilirrubinas directas de 1.6, AST de 47 IU/L, ALT de 38 IU/L, FA de 115 IU/L, DHL de 671 U/L, Amilasa de 94 U/dl, Lipasa de 91 U/L. La gasometría reporta pH de 7.5 pCO₂ 37 mmHg, pO₂ 43 mmHg, HCO₃ 28.9 mmol/L, satO₂ 83%. El puntaje de Apache II fue de 12 puntos, puntaje Ranson de 2 puntos y Bisap de 2 puntos. La TC abdominopélvica a las 72 hrs se reporta con páncreas normal, cambios en la grasa peripancreática con líquido en corredera parietocólica derecha y hueco pélvico. (Figura 3) En su evolución desarrolla SRIS y falla orgánica respiratoria persistente. Se establece tratamiento con Meropenem y Metronidazol durante 14 días. La evolución fue satisfactoria desapareciendo el síndrome de respuesta inflamatoria

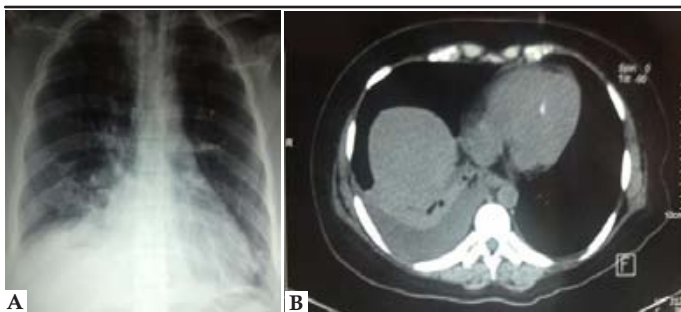


Figura 1. A. Radiografía de tórax en la que se evidencia derrame pleural derecho y presencia de aire subdiafragmático. B. TAC abdominal con presencia de aire y líquido perivesicular y periduodenal

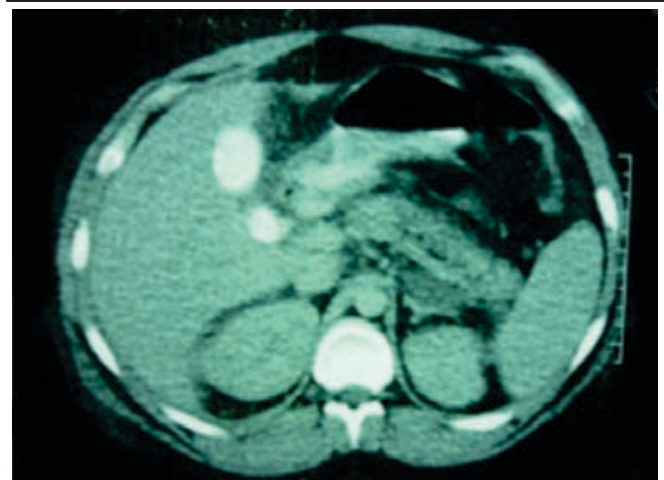


Figura 3. TC abdominopélvica que reporta páncreas normal, cambios en la grasa peripancreática con líquido en corredera parietocólica derecha y hueco pélvico

sistémica y la falla orgánica persistente.

Discusión

La perforación iatrogénica durante la endoscopia sigue siendo un inevitable y esperado evento adverso.^{4,5} El reconocimiento precoz de una perforación a menudo mitiga la necesidad de intervención quirúrgica, como también se disminuye la necesidad de esta intervención cuando el diámetro de la perforación es menor a 10 mm.^{3,4} La CPRE a pesar de ser un importante método diagnóstico y terapéutico presenta complicaciones con una mortalidad baja de 0,1% - 1%.³ A pesar de su baja incidencia, la perforación duodenal ha demostrado causar una alta mortalidad que va del 16% al 18%. El tratamiento médico conservador sigue siendo una opción adecuada en pacientes que no presenten perforaciones abiertas o grandes, perforación no relacionada a la

esfinterotomía, uso de alambre o guía, o que presenten perforación retroperitoneal; sin embargo, no ha habido un consenso en cuanto al tratamiento y estrategia a seguir en estos casos.³⁻⁵

Conclusiones

La CPRE es el procedimiento endoscópico que conlleva mayor riesgo de morbilidad y mortalidad. La perforación duodenal posterior a CPRE tiene graves consecuencias si no es tratada de manera adecuada y oportuna. Las características clínicas y los datos bioquímicos e imagenológicos nos permiten realizar un correcto diagnóstico. El mecanismo, sitio y extensión de la lesión nos orientan hacia un enfoque selectivo de manejo conservador.^{1,4}

Referencias bibliográficas

1. Wang P, Li ZS, Liu F, *et al.* Risk Factors for ERCP-Related complications: a prospective multicenter study. *Am J Gastroenterol.* 2009 Jan;104(1):31-40.
2. Keith Bodger *et al.* Cause mortality after first ERCP in England: clinically guided analysis of hospital episode statistic with linkage to registry of death. *Gastrointest Endosc* 2011 Oct;74(4):825-33.
3. Machado NO. Management of Duodenal Perforation Post- Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography. When and Whom to Operate and What Factors Determine The Outcome? A Review Article. *JOP.* 2012 Jan 10;13(1):18-25.
4. ASGE Standards of Practice Committee, Anderson MA, Fisher L, Jain R, *et al.* Complications of ERCP. *Gastrointest Endosc.* 2012 Mar;75(3):467-73.
5. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, *et al.* Incidence rates of post-ERCP complications: a systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol.* 2007 Aug;102(8):1781-8.